

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología

**Imaginarios estudiantiles acerca de las prácticas
profesionales de los psicólogos en el campo de las
políticas públicas sociales en salud. Un estudio en la
Facultad de Psicología, UNLP (2012-2016)**

Alumna: Lic. Agustina María Edna D'Agostino

Directora: Prof. Edith Alba Pérez

LA PLATA

FEBRERO 2017

Declaro que el material incluido en esta tesis- presentada en cumplimiento de los requisitos para la obtención del grado de Doctor en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata- es a mi mejor saber y entender, original, producto de mi propio trabajo (salvo en la medida en que se identifiquen explícitamente las contribuciones de otros), y que no ha sido presentado, en forma parcial o total, como una tesis en otra institución.

Agustina María Edna D'Agostino

La Plata, Febrero 2017

Esta Tesis Doctoral fue realizada en el marco de una Beca Tipo A -otorgada por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata- y una Beca de Finalización de Doctorado -otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- dirigidas ambas por la Prof. Edith Alba Pérez

ÍNDICE

ÍNDICE	4
Agradecimientos	11
Organización de la tesis	13
PARTE I. PRESENTACIÓN.....	15
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	16
1.1 Antecedentes. Planteo, relevancia y justificación del problema de investigación	17
1.2 Sobre la presente investigación	24
1.3 Problemas e Interrogantes	26
1.4 Hipótesis o tesis a sostener	27
1.5 Objetivos	27
1.6 Propósitos o resultados esperables en un largo alcance	28
PARTE II. MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	29
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	30
2. Marco Conceptual: Un abordaje desde la Psicología Institucional	30
2.1. Producción de subjetividad: tensión individuo- sociedad.....	38
2.1.2 La institución como objeto de conocimiento e instrumento de análisis	40
2.1.3 El Estado es un analizador.....	43
2.1.4 Institución como creación de sentido.....	46
2.1.5 El Estado y el poder	52
2.1.6 El Estado inconciente o la naturalización de la construcción Estado	54
2.2 Fundamentación de la estrategia metodológica	56
2.2.1 El Análisis Institucional: el método privilegiado por la Psicología Institucional	56
2.2.2 La lógica de los Campos	59
2.3 Estrategia metodológica.....	62
2.3.1 Aproximación metodológica I.....	63
I. Técnica.....	63
II. Análisis de datos y síntesis de resultados.....	63

2.3.2 Aproximación metodológica II.....	64
I. Unidad de análisis	67
II. Muestra	67
III. Técnicas.....	67
A- Sondeo por cuestionario semiestructurado.....	67
B- Grupos Focales.....	67
C- Multiplicación Dramática	69
IV. Análisis de los datos.....	69
A- Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM)	69
B- Distinguir y puntuar insistencias.....	70
PARTE III. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA I. CARACTERIZACIÓN DEL CAMPO	73
Presentación	74
Aproximaciones conceptuales del Estado y las Políticas Públicas Sociales en Salud	76
CAPITULO III. ESTADO Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES	77
Introducción	77
3.1 Aproximación conceptual a la noción de Políticas Públicas Sociales	78
3.1.1 Distintos niveles de análisis: la política, lo político y la política pública.....	79
3.1.2 Diversos tipos de conceptualizaciones: finalísticas, sectoriales, funcionales y operacionales	83
3.1.3 La Cuestión Social.....	88
3.2 El Estado Moderno y la Cuestión Social.....	91
3.2.1 Características y surgimiento del Estado de Bienestar.....	93
3.2.2 Crisis del Estado de Bienestar.....	98
3.3 Enfoques que orientan la definición de las Políticas Públicas Sociales actuales.....	100
A. Enfoque de riesgo.....	100
Saber técnico y nuevas tecnologías.....	104
Individualización social y responsabilidad individual	105
El riesgo como mecanismo de arbitraje.....	107
B. Enfoque de derechos e inclusión social	108

Principio de inclusión	112
Principio de participación	112
Acceso a la Justicia.....	112
Acceso a la información	113
CAPITULO IV. POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES EN SALUD EN ARGENTINA	114
Introducción.....	114
4.1 Estado Benefactor y tipología de los Sistemas de Salud	115
4.2 Modalidades del Estado en Argentina y Políticas Públicas Sociales en Salud	117
4.2.1 La Política Sanitaria de Ramón Carrillo (1946-1954)	120
4.2.2 Instituto Nacional de Salud Mental.....	121
4.2.3 Policlínico de Salud Mental “La Experiencia Lanús”	122
4.2.4 La paradoja de la dictadura militar y la reforma democrática de la psiquiatría	123
4.2.5 Sistema Nacional Integrado de Salud	124
4.2.6 Atención Primaria de la Salud.....	125
4.3 Crisis del Estado Benefactor	127
4.3.1 Descentralización.....	128
4.4 Fortalecimiento de la respuesta Estatal frente a la crisis política, económica y social y principales características de las Políticas Públicas Sociales de Salud en Argentina	131
4.4.1 Promoción de la Salud.....	135
4.4.2 Prevención de la enfermedad o problemas de salud	137
4.4.3 Participación comunitaria.....	139
4.4.4 Planificación.....	140
4.5 Situación actual de la Salud Mental como Política Pública Social en Argentina. Hacia un nuevo paradigma.....	142
4.5.1 Dirección Nacional de Salud Mental.....	146
4.5.2 Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 y Decreto Reglamentario Decreto n° 603/2013	147
4.5.3 Plan Nacional de Salud Mental.....	149
Perfil Profesional y Formación del Psicólogo en Argentina.....	151
CAPITULO V. PSICOLOGÍA Y ACADEMIA. FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN ARGENTINA Y PERFIL PROFESIONAL.....	152
Introducción.....	152

5.1 La formación del psicólogo en América Latina. Principales características	153
5.2 Academización de la Psicología en Argentina.....	157
5.3 Psicología: una carrera de interés público	157
5.4 El caso de la Universidad Nacional de La Plata: creación de la Carrera de Psicología y Planes de Estudio	160
5.5 Perfil profesional.....	169
5.5.1 El Psicólogo agente de cambio	169
5.5.2 Psicólogo como trabajador de la salud mental.....	170
5.5.3 Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental y Centro de Docencia e Investigación.....	171
5.6 Imaginarios y representaciones de la práctica profesional.....	174
5.7 Análisis de los programas actuales en el Ciclo Profesional para la Licenciatura en Psicología (UNLP).....	179
Muestra.....	180
Procedimiento	180
Resultados	182
Aproximación Metodológica I. Discusión y conclusiones.....	198
PARTE IV. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA II. SENTIDOS Y PRÁCTICAS IMAGINADAS POR LOS ESTUDIANTES.....	203
CAPITULO VI. SENTIDOS DISCURSIVOS	204
Introducción.....	204
6.1 Procedimiento	205
6.1.1 Diseño y validación del instrumento.....	205
A. Elaboración de la versión prototípica del instrumento y evaluación de su validez por parte de jueces expertos	205
B. Prueba piloto del instrumento diseñado sobre una muestra por disponibilidad de estudiantes de Psicología.....	208
C. Tercera Etapa. Administración del instrumento definitivo	209
6.1.2 Características de la muestra	209
6.2. Resultados	211
6.2.1 Cambios producidos en las Políticas Públicas Sociales.....	211
6.2.2 Cambios en las actividades que realiza el Psicólogo.....	214

6.2.3 Objetivos señalados para el campo de niñez y adolescencia.....	220
6.2.4 Objetivos señalados en relación a género.....	222
6.2.5 Objetivos de las políticas sociales en salud mental	222
6.2.6 Actividades que realizan los psicólogos en el ámbito de las políticas públicas sociales.....	223
Actividades de Prevención y Promoción	223
Comunicar e informar	225
Asistencia.....	226
6.3 Discusión y conclusiones	231
CAPITULO VII. PRÁCTICAS IMAGINADAS Y SENTIDOS DESPLEGADOS EN ESCENA	236
Introducción.....	236
7. Procedimiento	236
7.1 Talleres modalidad A: Grupos Focales.....	236
7.2 Modalidad B: Multiplicación dramática.....	237
7.2 Resultados	239
7. A Grupos Focales.....	239
7.A.1 Objetivos a alcanzar en el trabajo en salud	239
7. A.2 Actividades a realizar por los psicólogos en el campo de las Políticas Públicas en Salud.....	241
Información y comunicación.....	241
Actividades de capacitación y concientización.....	242
Aspecto comunitario	243
Actividades recreativas	244
Actividades de capacitación laboral.....	245
7.A.3. Modalidades de trabajo	246
Interdisciplina y trabajo en equipo.....	246
Talleres.....	248
7. B. Multiplicación dramática	249
7. B.1 Actividades que realizan los psicólogos	249
7. B.2 Ámbitos de trabajo	251

Salud Mental y Adicciones	251
educacional y clínica de niños	253
7.B.3 Modalidades de trabajo: Trabajo en equipo y Trabajo Interdisciplinario.....	255
7. B.4. Relación con la autoridad.....	257
7. B.5. La imaginación y las intervenciones posibles	258
7. B.6. El Malestar institucional.....	262
7.3. Discusiones y conclusiones	265
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	270
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	271
REFERENCIAS.....	286
ANEXO	327

“¿Qué representa el análisis institucional? ¿Un método de intervención social vestido con un abrigo demasiado amplio para él? ¿Una praxis exigente que se hunde en lo cotidiano y se interesa tanto por las relaciones sociales como por las fuerzas y formas sociales, por la cocina y la habitación tanto como por la escuela, el hospital o la fábrica? ¿Una nueva capilla psicosociológica con dificultades para insertarse en la universidad y en el trabajo social y, no obstante, condenada a encontrar allí sus campos de aplicación privilegiados? ¿Un truco militante, nada científico, que atemoriza a los patrones y en vano busca clientes para hacer del socioanálisis una actividad profesional? Todo eso y algo más: en él, las representaciones y los sueños, proyectos, discursos y silencios se desarrollan libremente”

(Lourau, 2008, p.114).

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en primer lugar, a Edith Alba Pérez, directora de esta tesis doctoral, por brindarme desde el primer momento su confianza, y por la transmisión siempre encantadora de historias, lecturas, afectos y actos.

A la Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata y al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, por las becas otorgadas, que permitieron dedicarme a la tarea para mi más grata, que es la investigación.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, mi lugar de trabajo.

A Ariel Viguera y a Lillia Rossi Casé, quienes desde la Secretaria de Investigación, siempre promovieron e incentivaron la continuidad del camino emprendido.

A Ana María Talak, directora de la Carrera de Doctorado, quien siempre ha sabido ser un ejemplo de dedicación y compromiso con la tarea.

A todos los que conforman la Secretaría de Posgrado, a Rocío Arauco y Diana Drago, por las gestiones y acompañamiento en cada momento de esta larga etapa. A Natalia Lucsole, por ser buena compañera.

A los estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, quienes hicieron posible la existencia de esta tesis.

Al Dr. Demetrio por su asesoramiento permanente en análisis de datos.

A mis compañeros docentes de las cátedras de Psicología I y Psicología Institucional.

A Luciana Chairó, Xavier Oñativia, Claudia Orleans, María Laura Lavarello, Melina Cenzano Dragún, Sandra Tomaino y a Eugenia Luna, porque en esta tesis se oye el eco de sus voces.

A Ana María del Cueto, Julieta Veloz y Javier Salum, con quienes compartimos modos de pensar y habitar las instituciones, pero sobre todo, por su lealtad.

A Carolina Lamarque Angelillo y Verónica Retta, por la ayuda que siempre me brindaron.

Y en lo más íntimo de mis afectos, a mi madre y a mi padre, por el amor, pero sobre todas las cosas por sembrar en mí la curiosidad. A mi hermana, por iluminar mi vivir.

A Frida y a Fidel, por acompañar con su calidez, cada momento de lectura y escritura.

A mis amigas incondicionales Azul, Sonia, Jimena, Verónica y Natalia.

A Pablo, mi compañero y mi sostén, porque en tus ojos siempre leí que lo único correcto es hacer lo que se ama.

ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

La presente tesis está organizada en **cuatro apartados**, compuestos de 9 capítulos.

En la **primera parte**, se realiza la presentación al tema, que contempla la relevancia, justificación del problema de investigación, los problemas, interrogantes, objetivos e hipótesis, que guían esta investigación.

La **segunda parte**, consiste en la presentación del marco conceptual y la estrategia metodológica que fundamentan la exploración (capítulo 2). Entender la construcción del problema, implica analizar la posición del campo y trazar la estructura entre las posiciones de las instituciones, y los *habitus* de los agentes. Para este propósito, en **la tercera parte**, se analizan los alcances, y acciones que asume la política pública social, de acuerdo a los diferentes modos de concebir la estatalidad (capítulo 3) y los modos de entender la salud y su tratamiento de parte de las acciones de gobierno (capítulo 4). Este tercer apartado, concluye con la descripción de la formación académica para Psicología, en América Latina, Argentina, y la singularidad de La Universidad Nacional de La Plata (capítulo 5). Esta aproximación, permite considerar la relación entre los diferentes elementos que componen el campo: el disciplinar, el académico, lo cultural, económico, político y social.

En la **cuarta parte** de la tesis se presentan los sentidos atribuidos por los estudiantes de la Licenciatura de Psicología de la UNLP, acerca de las políticas públicas sociales en salud, sus objetivos, y las prácticas profesionales que desarrollan los psicólogos en este campo (capítulos 6 y 7).

Por último, en el capítulo 8, se presentan las conclusiones generales de la investigación, y las reflexiones finales suscitadas de las discusiones presentadas en los diferentes apartados.

Finalmente se presenta un apartado destinado a las referencias, y un segundo con anexos.

Con respecto a las Normas de estilo utilizadas, hemos aplicado las correspondientes a APA (6^{ta} edición), con la inclusión de notas al pie.

PARTE I. PRESENTACIÓN

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar con el tratamiento de la tesis, se considera oportuno, enmarcar la construcción del tema de estudio y la configuración del problema de investigación. La elección de un tema de investigación está siempre condicionada por el marco de un contexto cultural, político, económico, institucional, social, por la tradición disciplinar, la socialización científica del investigador, la inserción en determinado grupo de trabajo, los temas que le son afines, y aquellos considerados relevantes o dignos de financiamiento o patrocinio de acuerdo a las condiciones históricas en que este se plantea (Samaja, 2005; Marradi, Archenti & Piovani, 2007).

En este caso en particular, la temática abordada articula tanto acciones emprendidas en el área de salud, como aquellas dirigidas a la formación de recursos humanos para alcanzarla. A su vez, estos puntos atraviesan distintos planos: el de las prácticas profesionales efectuadas, la formación académica básica que habilita las mismas y el plano político institucional, entendidos desde la construcción socio-histórica-política y la trama de sentidos y significaciones presentes en la subjetividad, en los deseos y afectos propios de la vida humana.

1.1 ANTECEDENTES. PLANTEO, RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante los últimos años, en Argentina y en América Latina, se han presentado un conjunto de Políticas Públicas Sociales que buscaron garantizar la intervención del Estado y revertir situaciones de vulnerabilidad ante problemáticas sociales emergentes¹ (Veloz, 2014). Si bien entender las legislaciones como herramientas de intervención, posibilita materializar los fundamentos éticos-políticos mínimos para hacer efectivos ciertos derechos; las leyes, normativas y programas no pueden por sí solos, consolidar el sistema de respeto y ejecución de los derechos, ni garantizar prácticas acordes a los mismos, ni sus correspondientes representaciones y afectos (García Méndez & Vitale, 2009; Rotelli, 2014; Vainer, 2014), de esta forma, se compone una situación que presenta un desafío respecto al “saber-hacer” profesional (Fernández & López, 2008).

La impronta social del rol profesional del psicólogo es considerada en la reglamentación del ejercicio profesional, por ejemplo, en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires² (1985), se destaca el

¹ Entre estas Políticas Públicas Sociales se destacan las siguientes legislaciones: Ley Provincial N° 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005); Ley de Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas (2008); Ley Nacional N° 24.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (2009); Ley Nacional N° 25.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010); Ley de Matrimonio Civil N° 26.618 (2010); Ley Identidad de género N° 26.743 (2012).

² El psicólogo tiene una identidad profesional como ser social; surge históricamente convocado por necesidades de esa misma sociedad a la que responde con una progresiva y calificada inserción laboral, desarrollo y afianzamiento de su autonomía científica y concomitante diferenciación de su objeto y métodos específicos. Pero su función no se agota en el tecnicismo de su práctica; por el contrario; formado en una lectura de la realidad que tiende a ser totalizante y comprensiva, es consciente de su responsabilidad ética como intelectual frente a esa sociedad que lo reclama, y queda por consiguiente a su disposición para asistirle en sus demandas de ayuda psicológica y para lograr, al mismo tiempo, una mayor comprensión del contexto en el que lleva a cabo su tarea. De esta manera apunta a superar reduccionismos o tergiversaciones en su práctica profesional, certificando su genuino humanismo científico y

ejercicio de la Psicología como una profesión que surge a partir de urgencias sociales, vinculada a necesidades históricas, y se señala la identidad del psicólogo como profesional como un ser social comprometido con la defensa de los Derechos Humanos, la justicia social, la dignidad y el sistema democrático. En consonancia, en el Preámbulo del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) (en adelante: Fe.P.R.A), se plantea que los psicólogos deben promover la vigencia plena de los Derechos Humanos y del sistema democrático, y la búsqueda de libertad y justicia social. A su vez, los principios que los orientan, destacan la responsabilidad y compromiso social que deben asumir los psicólogos en contribuir al bienestar y desarrollo de los individuos y sus comunidades³.

Tanto el Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, como las legislaciones mencionadas, implican al rol profesional con cuestiones sociales y los modos de respuesta que se da a las mismas. La Psicología como profesión se localiza en la compleja trama de relaciones entre lo público, la concepción de Estado en cada momento histórico, y la conceptualización que desde el mismo se tiene acerca de las políticas sociales y las cuestiones a incorporar en la agenda (D'Agostino, 2015).

favoreciendo el rescate integrador de las posibilidades reflexivas del ser humano (Código de Ética Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 1985, p.1).

³ Los psicólogos se comprometen a asumir sus responsabilidades, profesional y científica, hacia la comunidad y la sociedad en que la que trabajan y viven. Este compromiso es coherente con el ejercicio de sus potencialidades analíticas, creativas, educativas, críticas y transformadoras. Los psicólogos ejercen su compromiso social a través del estudio de la realidad y promueven y/o facilitan el desarrollo de leyes y políticas sociales que apunten, desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y de la comunidad (Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2013, p.4).

En el año 2009, con la coordinación de Cohen y Rodríguez, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (en adelante: OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (en adelante: OPS), se realizó una Evaluación del Sistema de Salud Mental (IESM-OMS, 2009) en 10 de las 24 provincias de la República Argentina. A partir de este trabajo se indicó que, del total de profesionales que trabajaban en establecimientos de salud mental un 69%, eran psicólogos.

En otro estudio, elaborado por Alonso y Klinar (2013), se presentó un relevamiento cuantitativo de los psicólogos en Argentina, que demostró que del total de psicólogos activos (78.903), entre el 22% al 76% se desempeñaban en el ámbito público, mientras que entre un 47% a 90% lo hacía en el privado. La distribución por áreas de actividad es en Clínica de un 50% a 90%, Educacional 0.5% a 40%, Forense 0.1% a 11%, Laboral 0.1% a 10% y Comunitaria 0.1% a 2%.

Con respecto a la formación de grado para Psicología, se observa la predominancia de un perfil clínico-psicoanalítico, y la prevalencia del ámbito profesional por sobre el académico (Di Doménico, 2008; García, 2009; Klappenbach, 2003; Moya & Di Doménico, 2012; Piacente, 1998; Salas, 2013). Desde una mirada sanitarista, Saforcada, sostiene que la orientación actual de las Universidades argentinas en lo referido a la formación de profesionales y técnicos de la salud (tanto en Medicina como en Psicología) responde al paradigma clínico en un sentido restringido, que se limita a la enfermedad, a lo asistencial y al modelo de consultorio privado (Saforcada, 2006).

Moya y Di Doménico (2012b) señalan que el perfil profesional de las carreras de Psicología en Argentina, se caracteriza por ser psicoanalítico europeo, no

atinente a la formación psicológica a nivel internacional y regional. A partir de la realización de un estudio comparativo de los contenidos formativos básicos en tres carreras de Psicología de Universidades Públicas Nacionales de Buenos Aires, La Plata y Mar del Plata (en adelante: UBA, UNLP y UNMDP, respectivamente), los autores, observan un predominio de escritores psicoanalíticos freudianos y posfreudianos en la formación de los psicólogos. Resultados similares arroja el estudio realizado en San Luis, por Vázquez Ferrero (2010), quien sostiene que la escuela psicoanalítica es la que tiene mayor presencia, y Freud uno de los autores más citados.

En lo que se refiere a la concepción de política que presentan los estudiantes de Psicología, se cuenta con los estudios realizados por Ana María Fernández y su equipo:

Si miramos la Universidad los estudiantes desconocen- descreen del cogobierno. No hablan de agrupaciones, sino de partidos políticos y a sus compañeros miembros de los centros de estudiantes, consejos directivos y superior no los ven como estudiantes, sino como miembros de organizaciones partidarias cuyas actividades para el conjunto de la universidad son ajenas y desconocidas (Fernández, 2008, p. 22).

Este modo de considerar la política por parte de los estudiantes, tiene puntos de coincidencia con un trabajo realizado acerca de las representaciones de estudiantes de educación superior, en Venezuela (Villarroel & De Armas, 2005), en el cual, a partir de la metodología de grupos focales y asociación libre, se concluye que la representación de política se estructura alrededor de las palabras corrupción, robo y mentira, desarticulada de cualquier conducta o acción política.

Por otra parte, Noailles (2005) analiza las representaciones de los psicólogos egresados de la UBA acerca de su práctica profesional, a partir de un análisis diacrónico del período 1961-1999. El autor encuentra que un 49% del total de los psicólogos entrevistados, señalan que la participación política no es un aspecto importante en su vida; al respecto, se obtiene una gran diferencia en las respuestas de los egresados de la carrera durante los años sesenta y setenta: en este periodo las respuestas aluden a recuerdos de participación y militancia política, mientras que en los egresados de la década del noventa, esta actividad disminuye y la vida universitaria se circunscribe a la vida académica.

Se entiende que como consecuencia de este tipo de formación, se produce una tendencia por parte del psicólogo a concebir las áreas de la Psicología a partir del parámetro del modelo clínico, en el que se trasladan prácticas propias del consultorio privado, centradas en lo individual, al ámbito público. En este movimiento se simplifican problemáticas a partir de reduccionismos teóricos o explicativos (Pérez, 2005; Ressia & Sánchez, 2015; Saforcada, 2006; Zaldúa, 2016).

El establecimiento de corporaciones privadas en lo público fue consolidando valoraciones, pactos, apropiaciones de territorios por parte de instituciones profesionales, que al no interesarse por desplegar las posibilidades asistenciales, preventivas y comunitarias que la realidad hospitalaria podía y debía desplegar, fue relegando los espacios hospitalarios como lugares degradados de atención privada (Fernández, 2008, p.17).

De Lellis (2010), señala que las principales dificultades en la inserción del psicólogo en el campo de las políticas y programas sociales y en los ámbitos de los servicios de salud, radica en una formación centrada en el paradigma

cartesiano, que divide el soma de la psique y el individuo de su contexto histórico- social.

Desde la perspectiva del análisis institucional, distintos trabajos analizan las prácticas institucionales en el ámbito público de la salud, y coinciden en observar ciertos conflictos frecuentes tales como: la dificultad del trabajo interdisciplinario frente a la imposibilidad de la construcción colectiva de saber, la recurrencia del aislamiento en el trabajo individual como resistencia a la integración grupal, la imposibilidad de pensar dispositivos de intervención grupal y la búsqueda de gestionar instituciones públicas con criterios empresariales; estas características contribuyen a un detrimento de la práctica profesional en estos ámbitos, y refuerzan el ejercicio profesional independiente y en forma particular o en privado (Pérez, 2005; Fernández, 2008; Ascaini, Carpio, Di Croce, 2014; Cenzano Dragún, & Vidal, 2014).

En pocas palabras, es posible afirmar que, el espacio público, que cuenta con una presencia cuantitativamente significativa del profesional psicólogo, también se presenta como un espacio degradado y falto de potencia. No obstante, en contraposición a esta tendencia, se plantea que en los últimos años, la formación de recursos humanos en salud ha alcanzado gran relevancia por la necesidad de reconversión de los perfiles profesionales, en parte producto de las pautas establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 (De Lellis, 2011; Cataldo, 2012; Dávila, 2015; D'Agostino, 2015); distintos documentos, algunos de carácter internacional, otros nacionales, señalan líneas al respecto, entre ellos: “Estrategia y Plan de acción sobre salud mental” (OPS, 2009b), “Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020” (OMS,

2013); “Plan Federal de Salud 2010-2016” (Ministerio de Salud de la Nación), “Plan Nacional de Salud Mental” (2013).

Desde la Asociación de Unidades Académicas de Psicología⁴ (en lo sucesivo: AUAPsi), se presentó un documento acerca del título de Licenciado en Psicología o psicólogo/a (2007), que estableció las áreas sobre las que debían aplicarse los conocimientos y competencias profesionales de la Psicología. Esta acción tuvo en cuenta la Resolución n° 136/04 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación (2004), la cual expresaba que las carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio comprometiese el interés público debían ser reglamentadas, e incluídas en el Artículo 43° de la Ley de Educación Superior (Ley n° 24.521). Estas resoluciones implicaron para las carreras de Psicología el comienzo de un proceso de acreditación e implementación de planes de mejoramientos, de acuerdo a las evaluaciones realizadas por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (en adelante: CONEAU).

En el documento presentado por AUAPsi (2009), se plantea que “El perfil Profesional del Licenciado en Psicología o Psicólogo debe responder a requerimientos actuales del ejercicio de las actividades profesionales reservadas al título. Asimismo, debe responder a las exigencias de los nuevos

⁴ Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPsi) surgió en 1991, y está conformada por las Carreras de Psicología de las Universidades Nacionales argentinas de Córdoba, Buenos Aires, Comahue, Entre Ríos, La Plata, Mar del Plata, Rosario, San Luis, Tucumán, y la Universidad de la República de Uruguay.

Los fines establecidos para esta Asociación fueron, entre otros, “...promover la interrelación entre las distintas unidades académicas de psicología del país, con el objetivo permanente de mejorar la formación de grado y posgrado, la investigación y la extensión universitaria”. De las funciones enunciadas en su Estatuto, fueron preocupaciones constantes de AUAPsi, “propender al logro de objetivos comunes en cuanto al perfil del graduado, su currículum y grado académico, acorde con las necesidades nacionales y regionales y con los desarrollos actuales de la Psicología en el mundo” (punto a), y “propender a la homogeneidad de los contenidos curriculares y de los títulos y grados académicos otorgados” (punto i).

escenarios caracterizados por la creciente globalización, el impacto del desarrollo tecnológico, los cambios ambientales y sociopolíticos, y a las profundas transformaciones sociales y culturales que de ellos devienen” (p.4).

En este contexto, el trabajo aquí emprendido, procura delinear un posible contacto entre el campo de las Políticas Públicas Sociales en salud y las acciones emprendidas para la formación del psicólogo como profesional, en pos de comprender la configuración de un espacio vital de encuentros imaginaciones, sentidos, afectos, y deseos acerca de lo público y lo político. Entendida la Universidad y las características de la formación disciplinar, las Políticas Públicas Sociales en salud y el Estado, no cómo sistemas o aparatos, sino como campos: el campo implica una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones definidas objetivamente y las determinaciones sobre sus ocupantes, instituciones, agentes, su situación presente y potencial (Bourdieu & Wacquant, 2014).

El marco conceptual y la metodología privilegiada para abordar el tema aquí presentado, se inscribe en la línea de la Psicología Institucional, e incluye la caracterización y análisis de las *Significaciones Imaginarias Sociales* (en lo sucesivo: SIS), en tanto estas otorgan sentido, estructuran las representaciones del mundo en general, designan las finalidades de la acción, y establecen los tipos de afectos característicos de cada sociedad (Castoriadis, 1997).

1.2 SOBRE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

La presente tesis implica la confluencia de una serie de trabajos emprendidos en una pluralidad de espacios:

a) tareas de investigación realizadas en el marco de Becas de Investigación otorgadas por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata (SeCyT- UNLP) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)⁵, orientadas a la indagación de las significaciones imaginarias sociales de los estudiantes de Psicología acerca de las políticas sociales, así como las prácticas y dispositivos implementados por los profesionales en el ámbito público.

b) la labor sostenida desde el año 2010 en supervisiones e intervenciones con equipos de salud, en el contexto de actividades y proyectos de Extensión⁶ ejecutados por la Universidad Nacional de la Plata, y la Facultad de Psicología, que permitieron complementar las tareas de investigación, y observar las prácticas efectuadas por los profesionales en el ámbito de la salud.

c) la participación en equipos de investigación⁷ que analizan la implementación de las Políticas Públicas Sociales en diferentes áreas (género,

⁵ Beca Interna Tipo A. Secretaria de Ciencia y Técnica, Universidad Nacional de La Plata (Res. N° 416/12, 1° de abril 2012). Beca Finalización de Doctorado. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y técnicas (CONICET) (Res. N° 2218, 1 de abril 2015). Lugar de trabajo: Instituto de Investigaciones en Psicología. Facultad de Psicología, UNLP.

⁶ 1) “*Intervención institucional Centro de Salud Mental Franco Basaglia*”. Directora: Del Cueto, Ana María. Co-directora: Veloz, Julieta. Actividad de extensión acreditada por el Centro de Extensión de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología UNLP. La Plata, 2015- 2016.

2) “*La salud de los trabajadores de la salud. Intervención socio-analítica en un hospital público*”. Directora: Psic. Pérez, Edith Alba. Co-directora: Lavarello, María Laura. Proyecto de extensión acreditado por el Centro de Atención a la Comunidad. Área socio-comunitaria Facultad de Psicología, UNLP, 2014.

3) “*Intervención institucional centro de tratamiento ambulatorio integral*”. Directora: Del Cueto, Ana María. Proyecto de extensión acreditado por el Centro de Extensión de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología UNLP. La Plata, 2013- 2014.

1) “*Ejercicio de derechos y producciones de subjetividad. Un estudio en redes intersectoriales en instituciones de la plata y gran la plata (2016-2018)*”. Proyectos I+D Acreditado por la Secretaria de Ciencia y técnica UNLP. 2016. Directora: Pérez, Edith Alba.

2) “*Los psicólogos en el ámbito público: Ayer y Hoy. Salud- Desarrollo Social- Seguridad y Justicia*”. (SO26). Proyectos I+D Acreditados por la Secretaria de Ciencia y técnica UNLP. (Res. N° 254/12, 11 de septiembre de 2012). Directora: Pérez, Edith Alba. Periodicidad: 2012-2015.

salud mental e infancias) y las prácticas efectuadas por psicólogos, desde un enfoque institucional, con los que la presente propuesta comparte referentes teóricos y metodológicos.

d) Por último, pero no menos importante, el análisis de las propias implicaciones (Lourau, 1991) en la elección inicial del tema a investigar, de quién como joven graduada percibió ciertas debilidades en su propia formación acerca de las problemáticas a estudiar, y la apuesta a realizar un aporte o contribución al respecto.

1.3 PROBLEMAS E INTERROGANTES

¿Existe una relación entre la forma en que se consideran las Políticas Públicas Sociales en salud en el Plan de Estudio actual para la Licenciatura en Psicología en la UNLP, y los sentidos atribuidos por los estudiantes de esta Carrera sobre las mismas?

Al respecto se realizan las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la perspectiva sobre las Políticas Públicas Sociales en salud que se sostiene en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata?
- ¿Cuáles son los imaginarios de los estudiantes respecto a las Políticas Públicas Sociales en salud, y el rol profesional del psicólogo y su inclusión laboral en las políticas públicas?
- ¿Qué percepción tienen los estudiantes de Psicología acerca de la preparación ofrecida por la formación de grado, para el ejercicio profesional en el campo de las Políticas Públicas Sociales?

– ¿Cómo imaginan los estudiantes las prácticas profesionales del psicólogo respecto a las Políticas Públicas Sociales en salud?

1.4 HIPÓTESIS O TESIS A SOSTENER

Los contenidos referidos a Políticas Públicas Sociales en Salud, se reflejan en los programas de las asignaturas correspondientes al Ciclo Profesional de la Licenciatura en Psicología en la UNLP, y en las Significaciones Imaginarias Sociales que sostienen los estudiantes de Psicología, respecto a las prácticas profesionales de los psicólogos en estos ámbitos.

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar el campo de las políticas públicas sociales en salud, su lugar en la formación de grado, y los sentidos e imaginarios de los estudiantes acerca de las mismas en las prácticas del psicólogo.

Objetivos Específicos

1) Describir la formación de grado actual del Licenciado en Psicología (UNLP) en el campo de las políticas públicas en salud.

2) Indagar las significaciones imaginarias sociales que sostienen los estudiantes de 4°, 5° y 6° año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, acerca del ejercicio de la profesión y la inclusión laboral del psicólogo en las políticas públicas sociales en salud.

3) Analizar las concepciones de los estudiantes avanzados de la Facultad de Psicología- UNLP acerca de las Políticas Públicas Sociales en salud.

1.6 PROPÓSITOS O RESULTADOS ESPERABLES EN UN LARGO ALCANCE

Como resultado de este proyecto, se espera un impacto en la formación y los contenidos curriculares de la carrera. Como resultado indirecto, con estas políticas y acciones, es esperable ***incidir indirectamente en el bienestar, la inclusión social y la ampliación de la efectiva titularidad de los derechos ciudadanos, específicamente el derecho a la salud.***

Somos conscientes de las limitaciones que esta tarea impone y los restos que un análisis sobre el tema dejará tras de sí. El presente trabajo es un modo de acercamiento posible, entre todos los posibles, al problema aquí presentado.

PARTE II. MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Como se anticipó previamente, el problema de investigación aquí presentado se inscribe en la línea de la Psicología Institucional, esto implica la presentación de un marco referencial particular, una determinada concepción de las instituciones y la subjetividad, y del modo de investigar e intervenir.

2. MARCO CONCEPTUAL: UN ABORDAJE DESDE LA PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL

A mediados del Siglo XX, cobraron fuerza los movimientos que cuestionaban las formas que asumieron diferentes instituciones de la Modernidad: la educación, las prisiones, la familia, la fábrica, los hospitales, a partir de este momento, puede observarse además un incremento bibliográfico en la producción de diversas disciplinas acerca del tema (Varela, 2010).

En 1940, en Francia, los psiquiatras comenzaron a adoptar el hospital como objeto de estudio, lo cual, para la década del setenta, posibilitó la existencia de dos tendencias del institucionalismo: por un lado, la Psicoterapia institucional, y la Pedagogía Institucional, que en paralelo se referenciaba en el psicoanálisis, la psicosociología y la sociología, y se institucionalizó en las Universidades; y por otro lado en Análisis Institucional como método de intervención sobre el terreno, que surgió a partir de 1962. Este último puede ser entendido tanto en su sentido amplio, si toma como referencia un método de investigación social basado en observaciones y documentos; o en su sentido estricto, como el análisis en situación o método de intervención en la práctica social de los

grupos, definido como un “método de intervención sobre el terreno”, para enfatizar la diferencia entre la sociología “sobre el papel” o “de gabinete”. Ambas tendencias comparten el hecho de entender a la institución como un “objeto de conocimiento”, en lugar de considerarla un objeto social entre otros (Lourau & Lappassade, 1977).

En Argentina, las conceptualizaciones previas al surgimiento de la Psicología Institucional, y que permitieron su desarrollo, pueden ser localizadas a partir del movimiento del higienismo mental, seguido por el movimiento de la salud mental y la posterior postulación de la Psicología Social Argentina, y la Psicohigiene e higiene mental (Varela, 2010).

Entre los antecedentes más significativos en términos de intervención comunitaria e institucional en la Argentina se resalta la “Experiencia Rosario”, dirigida por Pichón Riviere en 1958, que consistió en una intervención en la ciudad de Rosario bajo la forma de laboratorio social⁸. Esta experiencia fue, en palabras del propio Pichón- Riviere, la que encaminó su vocación psicoanalítica hacia lo comunitario- social (Pichón- Riviere, Bleger, Liberman & Rolla, 1960), además fue señalada por Ulloa, como la marca más temprana de las experiencias comunitarias explícitas (Ulloa, 2012). A partir de esta Experiencia, se conformaron grupos de estudiantes interesados en trabajar con problemas comunitarios en el campo de las relaciones humanas. Desde un enfoque didáctico interdisciplinario, se realizaron propuestas a los titulares de algunas cátedras para que adoptasen el método de los grupos operativos con sus equipos docentes (Dagfal, 2009).

⁸ En el equipo se incluían más de veinte coordinadores, entre los que se encontraban David Liberman, José Bleger, Edgardo Rolla y Fernando Ulloa (Dagfal, 2009; Ulloa, 2012).

Para mediados de la década de los sesentas⁹, era costumbre que los estudiantes asistieran a cursos externos dictados en Capital Federal, en los cuales complementaban su formación (Pérez, Veloz, D'Agostino, Salum, J; Lavarello, Orleans, Moratti Serrichio, Chairó, Oñativia, Catani, 2016). Impulsados por las tareas realizadas en los espacios laborales y el ejercicio de la profesión, y por el deseo de transformar la sociedad, estos primeros graduados y estudiantes de Psicología comenzaron a interesarse por un psicoanálisis de tendencia social; los aportes de la Asociación Psicoanalítica Argentina (en adelante: APA), la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupos (en adelante: AAPPG), los desarrollos de Politzer y el interés por el vínculo entre marxismo y psicoanálisis, y psicoanalistas como Liberman, Pichón Riviere, Bleger, Pavlovsky y Ulloa, eran sus referentes privilegiados. A pesar de ser el ejercicio de la psicoterapia y el psicoanálisis, una práctica reservada exclusivamente para la medicina¹⁰, el interés por incorporar un psicoanálisis de contenido “social histórico y político” (del Cueto, 2014) en las currículas formales se tornaba una meta a cumplir, de esta manera una nueva generación de profesionales psicólogos y psicoanalistas, comenzaban a realizar sus prácticas en los hospitales públicos y a establecer

⁹ Expresión de Oscar Terán para referir a la diversidad de discursos en la historia de ideas que circula en el universo de los intelectuales interesados en los aspectos sociales y políticos de la realidad argentina, en: Terán, O. (1991). *Nuestros años sesentas. La formación de la nueva izquierda intelectual argentina (1956-1966)*. Buenos Aires: Ediciones El Cielo por Asalto.

¹⁰ Tanto la psicoterapia como la realización de análisis clínicos, eran facultades exclusivas de la medicina, a partir del Decreto Ley n° 17.132⁵ de 1967 (Ley Holmberg o Ley Onganía) “Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas”, que vino a reforzar la Resolución 2282 de Carrillo (1954) y a regular el ejercicio del psicólogo como colaborador/auxiliar del médico (Falcone, 1997). Este Decreto Ley reafirmaba las limitaciones impuestas al ejercicio del psicólogo en la clínica, tanto la psicoterapia como el psicoanálisis eran reservadas para la medicina.

dispositivos grupales, tanto para la atención terapéutica, como para la supervisión e intercambio de equipo (Pérez, *et al.* 2016).

Este momento coincide con importantes avances en los movimientos antipsiquiátricos: la publicación de Cooper y Laing “Razón y violencia” en 1964 y “Psiquiatría y Antipsiquiatría” en 1967, la experiencias de Basaglia en Italia, entre otras, denunciaban las prácticas de encierro y maltrato llevadas a cabo en los manicomios, en pos de prácticas comunitarias, a la vez que aportaban material para una fuerte crítica a los modos instituidos de la Psiquiatría. Argentina no fue ajena a este movimiento, que podía observarse en Colonia Federal, o en el Hospital Estévez de Lomas de Zamora (Carpintero & Vainer, 2004; del Cueto, 2014).

En el año 1966, Bleger publicó el libro “Psicohigiene y Psicología Institucional” en el cual proponía que la Psicología debía ofrecer un aporte para mejorar la vida de los seres humanos, penetrar cada vez más en la realidad social y en círculos más amplios, e incluir el estudio de los grupos, las instituciones y la comunidad. La Psicología era entendida por este autor por su función social, y la tarea principal del psicólogo la de investigar y tratar la institución misma, en este sentido una institución no sería sólo un lugar dónde el psicólogo podía trabajar, sino también un nivel de su tarea; un segundo nivel sería la actuación sobre los grupos humanos, y un tercero el trabajo sobre la comunidad.

Actualmente, la Psicología Institucional se presenta como un modelo clínico y epistemológico, una manera de enfocar y de mirar, una perspectiva de análisis que excede a una mera especialidad, una traza de conocimiento que revisa los instituidos, y que conjuga docencia, investigación e intervención: al

indagar la realidad se interviene sobre ella, para intervenir es necesario recabar datos y sistematizarlos, como para aprender también es necesario intervenir sobre las concepciones instituidas que se presentan en quién pretende acercarse a un nuevo conocimiento (Schejter & Zappino, 2009).

Desde esta perspectiva, se considera que esta labor permite un trabajo sobre los sentidos de las prácticas y una revisión de los imaginarios sociales compartidos, en pos de transformarlos y dar lugar a nuevos posibles. La Psicología Institucional, comprendida como *Análisis de las Prácticas*, toma como herramientas metodológicas la Investigación-Intervención, la observación participante y la historia oral, y privilegia el análisis de las prácticas y discursos como metodología de abordaje de lo institucional (Schejter & Zappino, 2009).

En las intervenciones con equipos de salud, que tienen como objetivo relevar las problemáticas que se presentan en los colectivos laborales, como así también propiciar estrategias preventivas y promocionales de la salud, Zaldúa (2011,2016), plantea el uso de técnicas psicodinámicas, gráficas, talleres, grupos focales, para hacer visibles las problemáticas y pensar la propia identidad historizada, movimiento simultáneo de investigación e intervención.

Siguiendo lo señalado por Pérez (2016), la Psicología Institucional propone “abrir un campo de reflexión e interrogación sobre los procesos institucionales”, que trasciende la organización, y se basa en el movimiento de fuerzas continuas, prácticas, formaciones discursivas y extradiscursivas, componentes funcionales, simbólicos e imaginarios y relaciones sociales, que para constituirse requieren del consenso social, formal e informal. De acuerdo con la propuesta de Pérez (2016), este método de acercamiento a las instituciones, tal como fue anticipado con anterioridad, se conjuga con una serie de conceptos

teóricos a manera de “caja de herramientas”; esta noción implica que es necesario que cualquier teoría, debe servir “funcionar”, esto significa que la teoría no puede totalizarse, sino que se multiplica, es local y regional, no se aplica a una práctica, sino que es una práctica en sí misma, en la cual las nociones deben ser operativas (Deleuze & Foucault, 1992). Esta mirada acerca de la institución, corresponde a una perspectiva epistemológica respecto a la ontogénesis del sujeto y la producción de subjetividad, ya que se afirma que “La subjetividad es resultado de la articulación de instancias sociales, individuales, vinculares e institucionales” (Pérez, 2016, p.2)¹¹.

Desde la perspectiva de la Psicología Institucional se consideran los aportes de diferentes pensadores, que comparten y jerarquizan el término institución para un análisis en torno a las sociedades, su historia y las producciones subjetivas como efecto de ellas, y que a pesar de sus diferencias, sostienen puntos en común: “la institución como proceso dinámico, atento a las transformaciones históricas y sociales, permeable y receptivo al movimiento de los grupos que la hacen ser, sujeto a relaciones de poder, siempre móviles, que la atraviesan” (Chairo, 2016, p.9).

¹¹ Bleger (1971), influenciado por los aportes de Wallon, Klein, Mahler y Bion, estudió la simbiosis y el sincretismo y su relación con el encuadre psicoanalítico, las patologías simbióticas, el grupo y las instituciones. Estas categorías conformaban un aporte al unir las dimensiones sociológicas y psicológicas en la concepción de la institución: la materia que permite que exista la institución, la subjetividad personal y la colectiva, es la misma; un trasfondo de indistinción entre sujeto y objeto, simbiosis sin la cual no hay sujeto ni institución, pero que no debe hacerse presente, y se mantiene clivado, esta presencia es imperceptible para sus actores más que por situaciones dilemáticas, lo que justifica una intervención externa. Según el autor, el grupo era un conjunto de instituciones que tendían a estabilizarse como una organización; comúnmente se contraponen al individuo y al grupo, pero esto sería un error, ya que los individuos no existen aislados; “el ser humano antes que ser persona es siempre un grupo, pero no en el sentido que pertenece a un grupo, sino en el de que su personalidad es el grupo” (Bleger, 1971, p. 90). En este sentido, Varela (2010) señala que la sociabilidad sincrética de la cual hablaba Bleger también tenía sus puntos de equivalencia con el **pictograma** que corresponde al objeto-zona complementario de Piera Aulagnier (Aulagnier-Castoriadis, 1975).

En los siguientes apartados se presentan distintas perspectivas y aportes para un estudio y abordaje de las instituciones, que constituyen una particular “caja de herramientas” para un estudio desde la Psicología Institucional; estos aportes suponen una particular concepción del ser humano y de los procesos de subjetivación a partir de las fuerzas históricas, sociales y culturales inmanentes a su existencia.

Se destaca que las nociones referenciadas por este enfoque, implican una ruptura con el pensamiento filosófico clásico y heredado, y comparten una postura crítica respecto a los modos deterministas, lineales de concebir al ser humano y sus instituciones (Chairo, 2016). En el caso de los aportes de Castoriadis se produce una ruptura con las tradiciones heredadas clásicas y deterministas, el marxismo y al estructuralismo, y con la filosofía determinista de la historia (Franco, 2003; Poirier, 2006). A partir de introducir la noción de *imaginación*, como el elemento que permitiría aprehender el fenómeno de la creación, y la posibilidad de que emerja lo radicalmente nuevo, en oposición a la copia o mera repetición, se le otorga a la historia una dimensión creadora originaria (Poirier, 2006). La noción de imaginario social ha aportado al campo de lo social una nueva perspectiva para interpretar fenómenos como la producción de subjetividad y la forma en que se invisten afectivamente los cuerpos (Dawney, 2011). La idea de las figuras en la imaginación radical, la creatividad, la alteridad fundamental de la materia y el ámbito histórico-social (Langdrige, 2006). Por otra parte, las reflexiones de Castoriadis acerca de la tensión entre psique y sociedad, constituyen un aporte central para Psicología Institucional (Pérez, 2016), y sugieren un modo de escapar a la venerable dicotomía entre el individuo y la sociedad, ya que el individuo es una de las

múltiples instituciones particulares, como parte de la auto institución de la sociedad (Elliott, 2002; Pérez Campos, 2003; Cegarra, 2012).

Castoriadis plantea que la sociedad misma es “auto-institución que se despliega como historia”, o autoalteración que se instituye (Pérez Campos, 2003; Castoriadis, 2006). Desde esta punto de vista “La historia no es sólo despliegue de lo ya contenido en el pasado; incluye acontecimientos azarosos: el ruido, el otro, lo distinto, son fuentes de novedad radical y vías para el aumento de complejidad. La historia conoce turbulencias, bifurcaciones, fases inmóviles, progresiones, regresiones, rupturas” (Hornstein, 2003).

En esta dirección, pero desde otra perspectiva, la corriente del movimiento institucionalista francés introdujo una ruptura epistemológica y conceptual con la Sociología clásica o la “ciencia de las instituciones”¹² que define la institución como el conjunto de comportamientos y modos de pensamiento que el individuo halla preestablecidos y cuya transmisión se efectúa por la educación; así, el peso de la tradición domina el movimiento propio de la historia y se invisibiliza la voz de los grupos, de los sujetos, de los consensos sociales. Por otra parte, este enfoque también se distancia de la teoría culturalista y funcionalista, y la teoría estructuro-funcional¹³ y de la perspectiva de la psiquiatría social (en la que se incluyen los desarrollos de Basaglia y Tosquelles, entre otros) (Lourau, 1981). La institución se presenta, desde esta perspectiva, como un sistema rígido de normas o reglas dadas para ser reproducidas; empero, desde el institucionalismo una definición dinámica da

¹² Se indican a Spencer, Weber, Durkheim, como sus principales exponentes (Lourau, 1981)

¹³ Representada la primera por Malinowski y Kardiner, y la segunda por Pearson (Lourau, 1981).

cuenta del juego de fuerzas visibles e invisibles que se ponen en marcha en cada proceso de institucionalización (Lourau & Lapassade, 1977).

2.1. PRODUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD: Tensión INDIVIDUO- SOCIEDAD

Entre los procesos institucionales y las producciones subjetivas de cada sociedad existe una relación de tensión: las instituciones producen las subjetividades que luego serán reproductoras y transformadoras de las mismas (Chairo, 2016). Desde la perspectiva teórica de la Psicología Institucional, se plantea que la subjetividad presenta el desafío de pensar la articulación entre lo universal y lo particular, el psiquismo y lo histórico social, el resto no sujetado y los modos sociales de sujeción, la mónada y las significaciones imaginarias sociales, en un espacio de “entre” (Bleichmar, 2005; Fernández, 2011).

En lo esencial, la producción de subjetividad, es un proceso en constante devenir, no es el sujeto psíquico o sujeto del inconciente, excede lo mental, discursivo, lo determinado, y engloba los cuerpos, sus marcas e intensidades, como así también las prácticas; al producirse en el “entre” con otros es un nudo de inscripciones políticas, económicas, deseantes, históricas, psíquicas (Fernández, 2011). Se considera a la misma como producto histórico, y como tal es regulada por los centros de poder que en cada momento han delimitado el tipo de individuo necesario para cada sociedad, que ubica del lado del “yo” las normas, la moral, y los valores de aquello que considera sintónica para sí. En permanente transformación, la subjetividad presenta sus contradicciones, huecos, fugas que posibilitan nuevas formas, nuevas subjetividades (Bleichmar, 2005).

De acuerdo a lo planteado por Castoriadis (1997), la psiquis como tal no puede sobrevivir si no se convierte en un individuo, lo que implica convertirse en una de las instituciones que encarnan las significaciones imaginarias sociales. Este aspecto no es consciente, sino que se basa en la misma disfunción del psiquismo humano: “El predominio de la imaginación condiciona la no funcionalidad del aparato psíquico humano... Disfuncionalización de la psique humana, predominio de la imaginación” (Castoriadis, 2004, p. 21). La colectividad se define por un nosotros, pero este nosotros es ante todo un símbolo, un nombre. El hombre no sólo denota a las sociedades, sino que también las connota y esta connotación no puede referirse a un aspecto racional o real, sino imaginario. “Psique y sociedad son inseparables” (Hornstein, 2003, p. 11). La psique para sociabilizarse debe incorporar el magma de significaciones imaginarias sociales, pensamiento sin sujeto, previo a él, que porta los sentidos que cada sociedad particular le otorga a ser hombre, niño, mujer, anciano, en cada momento. Se trata de una producción social del individuo, la psique solo puede ser pensada entramada en lo socio-histórico, en el encuentro con discursos, prácticas, valores, identidades, poder y resistencia, ideología, normas, prohibiciones, y el sentido que la sociedad ofrece a la psique para que abandone (nunca totalmente) sus objetos y mundo inicial.

De esta manera, se afirma que el sujeto no es sin sociedad, ni la sociedad sin el colectivo anónimo que porta las significaciones imaginarias compartidas: la institución produce los individuos que la producen y reproducen, por consenso, adhesión, apoyo y creencia. “La subjetividad es producto de la incorporación de significaciones imaginarias sociales creadas por el colectivo

anónimo de los sujetos, a partir de su imaginario social instituyente” (Hornstein, 2003, p. 15).

2.1.2 LA INSTITUCIÓN COMO OBJETO DE CONOCIMIENTO E INSTRUMENTO DE ANÁLISIS

Una de las principales contribuciones que se realizan desde la perspectiva socioanalítica, consiste en considerar a la institución como un objeto de conocimiento en sí mismo, esta afirmación supera las actitudes previas que la consideraban como un objeto social entre otros. Para los autores incluidos en este grupo, la institución consiste en un juego de fuerzas dinámico, que contiene de manera simultánea el momento universal, positivo o ideal, el momento de lo particular, que niega la unidad positiva de la institución, y el momento de la singularidad. Es entonces la institución, un objeto de conocimiento, y un instrumento de análisis (Lourau & Lapassade, 1977).

Lourau & Lapassade (1977) proponen un modelo de estudio basado en la designación de tres momentos: lo instituyente, lo instituido y el proceso de institucionalización. Lo *instituido* es sinónimo de orden establecido y de la ley social, que contrapone a lo *instituyente*, que representa el germen de cambios para transformar las instituciones ya existentes. Lo instituyente es el momento en que se funda una institución y la dimensión que encarna la negatividad a lo instituido, es decir de las tendencias totalizantes. “Los tres momentos de lo instituido, lo instituyente, y de la institucionalización, el concepto de institución, se manifiesta como instrumento de análisis de las contradicciones sociales” (Lourau & Lapassade, 1977, p. 61). Para poder construir una situación analítica, es necesario contar con una hipótesis y con instrumentos de análisis

institucional¹⁴. Para los autores la hipótesis consiste en que existe en los actores institucionales algo del “no saber” respecto a la organización social y las relaciones. Los instrumentos de análisis son un conjunto de conceptos que se articulan como un sistema de referencia del análisis institucional. Entre estos instrumentos se encuentran: la segmentariedad, la transversalidad, la distancia (práctica e institucional), la implicación (institucional, práctica, sintagmática, paradigmática y simbólica), y por último la transferencia institucional” (Lourau, 1981).

Debido al lugar preponderante respecto a la habilidad de poner luz sobre lo silenciado en las instituciones, es que el concepto de “analizador” merece otro apartado, ya que en tanto herramienta de análisis institucional, permite una lectura analítica de lo que acontece, a la vez que posibilita intervenir sobre la realidad a partir de volver explícitos elementos que hasta entonces permanecían velados. Se trata de un elemento de la realidad social que manifiesta las contradicciones de un sistema, a la vez que permite revelar la estructura de las instituciones: pueden ser hechos, acontecimientos, disrupciones, modos de funcionamiento, que manifiestan las contradicciones inherentes a la institución. Su lectura se realiza desde un posicionamiento dialéctico y situacional enlazado al devenir de producciones micro-sociales instituidas e instituyentes (Lourau & Lapassade, 1977).

¹⁴ Además de estos elementos Lourau (1981) señala como requisitos para la existencia de una intervención socioanalítica deben reunirse las siguientes condiciones: el análisis de la demanda y del encargo oficial del staff-cliente; la autogestión de la intervención por el colectivo cliente; la regla de la libre expresión; la elucidación de la transversalidad de las filiaciones positivas y negativas; la elaboración de la contratransferencia institucional y la construcción o elucidación de los analizadores.

Ana del Cueto (2016), plantea que un analizador es aquello que analiza un acontecimiento institucional o comunitario y revela algo que acontece, y se asocia a la emergencia de significados:

El analizador convoca lo no dicho (...) Funciona como un amplificador del acontecer que permite el análisis de lo que ocurre al develarse ante los propios actores como significativo, tiene contenidos imaginarios y simbólicos y se expresa en la realidad (del Cueto, 2016, p.6).

Pero además, el analizador posee un fuerte elemento, no solo de saber, sino también de poder: “El analizador analiza tanto nuestro deseo de saber cómo nuestra posición en el seno de las relaciones sociales” (Lourau, 2008, p.149). En palabras de del Cueto, el analizador permite realizar un análisis de “las relaciones de poder, de la potencia institucional, de sus movimientos sensibles y ocultos, de líneas por donde se expresan tanto los deseos de cambio como las repeticiones y detenciones” (del Cueto, 2016, p.6).

Siguiendo a Lourau (2008) “todo analizador es siempre un analizador social” (p.149), incluso la parte de analizador construida por el socioanálisis (dispositivo) y la de espontaneidad del analizador natural son siempre secundarios en relación a su carácter principal de fenómeno social¹⁵.

Dicho de otra manera, el analizador no sólo permite enunciar y poner en manifiesto sentidos instituidos, sino que además, actúa en su posibilidad de transformar y generar nuevos instituyentes, “está compuesto de líneas de

¹⁵ Lourau (2008) plantea una diferencia entre la noción de analizador y el concepto de indicador, este último sería construido más de una vez para invisibilizar los verdaderos elementos que conforman una crisis o conflictos tanto en el plano macrosocial como microsical. Como fenómeno social, el analizador jamás puede ser construido, como si puede serlo el indicador.

enunciación, de visibilidad, de cuerpo y de sensaciones, de repetición, ruptura, que se entremezclan (...) Producen detenimientos y transformaciones, sentidos que se construyen, destruyen y reconstruyen de manera móvil, estableciendo un juego de caos/organización” (del Cueto, 2016, p.6).

Lourau (2008) plantea que la institución posee el poder de fijar normas y relaciones tal como se constituyen en la vida cotidiana y en los movimientos sociales espontáneos, vuelve instituidas las fuerzas instituyentes, y posee además el poder de objetivarnos dentro de los estatutos y roles. El analizador, por el contrario, “des-objetiva”, deshace los estatutos y funciones, des-institucionaliza, restituye la subjetividad, revela el instituyente aplastado bajo el instituido y desmaterializa las formas de la opresión que revelan las fuerzas que se esconden en ella.

2.1.3 EL ESTADO ES UN ANALIZADOR

En su texto “El Estado inconciente”, Lourau (2008), propone que la política imprime una curvatura sobre los pensamientos, sentimientos, reflexiones y sueños, y estampa su sello sobre los deseos y esperanzas de la población; curvándolas hacia una imagen omnipresente dónde da forma a las representaciones, y se instala en el imaginario.

De esta manera, el Estado impone una presión sobre las representaciones sociales del poder y la política, y las vuelve proclives a reproducir el estado de cosas vigente en el mundo: lo político curva todas nuestras representaciones, incluso y primeramente las representaciones instituidas como científicas por las ciencias sociales, políticas, naturales o físicas, para naturalizar o neutralizar a las figuras de poder, como así también la noción misma de “representación”

que acompaña a la estatalidad: “no hay Estado sin representación, tanto en lo que concierne a la delegación voluntaria de poder, a los espectáculos deslumbrantes que refuerzan la adhesión popular, como también la categoría misma de *representación*” (Lourau, 2008, p.12).

Según el autor, la política, cuando es instituida tiene forma estatal y piramidal, y se caracteriza por el centralismo: la curvatura de todas nuestras representaciones y el principio de equivalencia. Los atributos del Estado son la unidad, el centro y la concentración de energías en su torno; la fortaleza de la pirámide se asienta en su capacidad de hacer inclinar todas las relaciones, acciones e innovaciones hacia sí misma, por apremio y adecuación de la imaginación a la ley de equivalencia estatal. La curvatura culmina en genuflexión: es la negación del impulso originario del movimiento social. En el centro de la pirámide son reabsorbidas las tendencias centrifugas, y desactivadas en nombre de la duración, la permanencia y la continuidad institucional (Lourau, 2008).

El principio de equivalencia ampliado a todas las formas sociales significa que lo estatal, potencia de legitimación de la institución al mismo tiempo que resultado de todas las legitimidades institucionales, es lo que dirige toda vida social, toda innovación, todo movimiento, y la acción revolucionaria misma, para que las nuevas fuerzas sociales den nacimiento a formas equivalentes a las actuales en el marco de equilibrios mutantes, evolutivos o regresivos, pero siempre definidos por la existencia de un Estado a modo de garantía metafísica.

Al servirse de todos los recursos de la ideología a fin de imponer una forma equivalente a todas las relaciones sociales sometidas a su poder, el Estado

dispone de un instrumento de coacción que hace inútil la distinción entre aparato de Estado y los aparatos ideológicos del Estado¹⁶.

Con respecto al Estado y las grandes instituciones dependientes de él, hablar simplemente de ideología impide plantearse el problema en términos institucionales, sin embargo estas están siempre presentes: preexisten a la aparición de una nueva formación económica, influyen sobre la organización y la institucionalización de estas formaciones y son a su vez modificadas por estas; subsisten mucho tiempo, en proceso de extinción o manteniéndose intactas, luego de la desaparición de una o varias formaciones económicas (Lourau, 1981, p. 82).

A partir de estas reflexiones acerca del Estado, el autor se pregunta:

¿Se puede analizar al Estado? ¿Se puede abolir la curvatura de lo político, esa curvatura que la política instituida marca sobre todas nuestras representaciones? Quien pretende hablar del estado inconsciente, sabe que sigue siendo el Estado el que habla a través de su análisis (Lourau, 2008, p.32).

¹⁶ En este señalamiento, radica en parte algunas de las principales críticas de Lourau a la definición marxista de las instituciones (Lourau, 1981). La principal crítica que realiza Lourau (1981) a esta postura, radica en que si bien se considera a las representaciones e ideologías como partes integrantes de las prácticas colectivas, sólo se les da el status de lo ilusorio, ya que en este enfoque, la institución oculta la índole de las relaciones de producción y sirve de justificación para la clase dominante. Según el autor, la tesis marxista más habitual consiste en asimilar instituciones e ideología, y situar ambos conceptos en el plano de las superestructuras. La superestructura es así un reflejo, que en el mejor de los casos juega dialécticamente con las infraestructuras, sin cambiar con ello su índole secundaria y determinada. Lourau, plantea que la perspectiva marxista respecto a las instituciones (y las leyes) constituye una ficción ideológica (la superestructura) de la sociedad, ya que la institución está siempre sobredeterminada por el análisis de la infraestructura económica. El autor señala dos aspectos del obstáculo institucional en el marxismo: el primero consiste en que el partido como institución con funciones hegemónicas presenta dificultades en la experiencia de su proyecto instituyente, cuando debería favorecer esta capacidad en sus miembros, sus instancias y la población, cumple una función inversa, y se presenta como algo concluido, como cosa instituida y no como fuerza instituyente; el segundo aspecto objeto de crítica consiste en la capacidad que experimenta el partido para analizar en términos sociológicos su segmentariedad, su heterogeneidad y conflictos internos.

Como respuesta a esta pregunta, el autor propone que lo estatal y lo institucional pueden ser objeto e instrumento de investigación, a partir de entender que la institución solo existe en el conflicto, dentro de la crisis cíclicas, regulares, que parece deberían arruinarla o al menos trastocarla.

Los analizadores del Estado, las fuerzas que llegan a desnudarlo, son y no pueden ser más que las fuerzas que en distintos niveles trabajan para su autodisolución. Los analizadores del Estado, hacen su aparición en las luchas anti-estatales, son la muestra de las contradicciones que el Estado encarna:

El Estado y la institución nos analizan, revelan nuestros límites, nuestras verdaderas alternativas, nuestras contradicciones. Son los analizadores sociales por excelencia: aquellos elementos de la realidad social que manifiestan con mayor virulencia las contradicciones del sistema. Los analizadores consuman en la sociedad el concepto de negatividad (Lourau, 2008, pp. 92-3).

La negativa a escuchar a los analizadores, es sinónimo de negarse a analizar las contradicciones, a analizar la institución que se coagula sobre las ruinas del movimiento.

2.1.4 INSTITUCIÓN COMO CREACIÓN DE SENTIDO

Castoriadis plantea que la sociedad debe definir su identidad a partir de responder a ciertas cuestiones fundamentales, sin las respuestas a estas preguntas no habría mundo humano, ni sociedad, ni cultura. Lo que mantiene unida a la sociedad es el magma de significaciones sociales imaginarias, llamadas así porque no corresponden a elementos racionales o reales, ni se

agotan al referirse a esos elementos, sino que surgen a partir de creación¹⁷ (Castoriadis, 2005). La *institución primera*, es aquella que da cuenta de la institución de la sociedad como un todo, se impone como un todo al individuo, junto con sus *instituciones particulares*¹⁸, que forman un todo coherente. La unidad total, es la cohesión de una red casi infinita de significaciones que tienen una dirección de sentido para los diversos sujetos e instituciones que componen la sociedad. Esta red es lo que Castoriadis llama magma de las significaciones sociales. El magma da unidad, cuerpo y orden a lo que parece fragmentado y caótico. La sociedad es, esencialmente un magma de significaciones imaginarias sociales, que otorgan sentido a la vida de la comunidad y los individuos.

Las significaciones imaginarias sociales (en adelante: SIS) son las encargadas de responder a todo aquello que la sociedad reconoce como parte de sí misma, estas respuestas no son dadas por el lenguaje y lo discursivo: es en el hacer mismo de una sociedad, en su propia actividad que aparece el sentido encarnado, así es cómo la sociedad se constituye y hace emerger su vida (Castoriadis, 2010).

Un primer movimiento que realiza el autor para definir las SIS, consiste en delimitar lo que son, de lo que no son. En primer lugar, aclara que no son

¹⁷ Con este planteo, el autor supera las críticas que el mismo realiza sobre la propuesta Marxista, al señalar que en la misma se confunden las formas jurídicas de la propiedad con el contenido social y económico efectivo de las relaciones de producción; el carácter burocrático del capitalismo demuestra que las clases no se forman en la producción ni por la producción, sino que existen relaciones de dominio exteriores al proceso de trabajo mismo que implican la constitución de un poder sobre la sociedad y la apropiación por parte de un grupo particular. El dejar de pensar en estos términos, para pensar la imaginación como creación en el dominio histórico social, desliza la visión acerca de la ideología como intención (deformación, ocultamiento y reproducción), ya que la creación no está dada por decisiones o elementos conscientes (Castoriadis, 2005).

¹⁸ Se distinguen dos clases: - Instituciones Transhistóricas: son aquellas que se han mantenido siempre, que se transforman pero permanecen. Tales como el lenguaje, los grupos de crianza, entre otras. - Instituciones Específicas: Tienen una clara pertenencia a determinado momento histórico, a determinadas sociedades (Castoriadis, 2005).

explícitas, ni se presentan consciente o inconscientemente, o a partir del pensamiento, tampoco son fenómenos meramente mentales, ni un simple reflejo de lo percibido, prolongación, sublimación de las tendencias de la animalidad, o elaboración estrictamente racional de los datos; no obstante, son al mismo tiempo “principio de existencia, principio de pensamiento, principio de valor, principio de acción”, aquello por medio de lo cual los individuos son producidos como individuos sociales, con capacidad de participar en el hacer y en el representar- decir social. (Castoriadis, 2005).

Las SIS otorgan sentidos y se caracterizan por poseer por una triple función:

- estructuran las representaciones del mundo en general;
- designan las finalidades de la acción;
- establecen los tipos de afectos característicos de cada sociedad.

Se las denomina sociales porque sólo existen como instituidas u objeto de participación de un ente colectivo, impersonal y anónimo. Y son imaginarias porque están dadas por *creación*.

La creación refiere a aquello que en el ser no está plenamente determinado. Se trata del resultado de un impulso vital, del esfuerzo para liberarse de la materia, y centralizarse exclusivamente en la vida, oponiéndose a la fabricación, a lo cuantitativo, al contenido, lo discreto y antinómico: “Los sentidos y significaciones son creaciones”. Es posible considerar que las significaciones como creación se tornan únicas y singulares, propias de cada sociedad particular, más allá del contenido y lo discreto (Castoriadis, 2010).

Uno de los componentes más importantes a considerar es que sin determinismo todo es azar: la institución de la sociedad y las SIS se despliegan en dos dimensiones indisociables: la lógica de los conjuntos y las identidades, y la dimensión puramente imaginaria, de la existencia de significación que se relacionan entre sí según un remitirse (Castoriadis, 2005).

La institución, como red de significaciones socialmente sancionadas, combina un componente funcional y otro imaginario, dado por creación. Las SIS, en tanto producciones de sentido, en su propio movimiento de producción inventan- imaginan el mundo en que se despliegan, y una vez creadas, tanto las SIS como las instituciones, se cristalizan o solidifican en lo que el autor llama el *imaginario social instituido*, que permite la continuidad de la sociedad y la repetición de las mismas formas, que regulan la vida de los hombres, hasta que su reemplazo por un cambio histórico lento, o por creación masiva radical (Castoriadis, 2006). Pero el imaginario instituido (*imaginario efectivo*) no es el único modo en que se halla la imaginación: *la imaginación radical*, carece totalmente de lógica o funcionalidad. La imaginación del ser humano singular, la determinación esencial de la psique humana, consiste en esta capacidad de *imaginación radical*, cómo ola o flujo incesante de representaciones, deseos y afectos; es necesario que la imaginación radical de los seres humanos sea canalizada y regulada de acuerdo a la vida en sociedad, mediante su socialización y la absorción de la institución de la sociedad y sus significaciones (Castoriadis, 2006). La capacidad reflexiva, y la posibilidad de tomar al pensamiento como objeto del mismo pensamiento, capacidad humana única de “pensar lo que se hace, y saber lo que se piensa” (Castoriadis, 1993).

El proceso de socialización se juega en el proceso de significación y por él: la sociedad debe brindar un sentido, ese sentido concierne a la autorepresentación de la sociedad: “sentido participable por los individuos; sentido que les permite acuñar por su propia cuenta un sentido del mundo, un sentido de la vida y, finalmente, un sentido de su muerte (Castoriadis, 1997). No obstante, la imaginación radical no existe solo en el nivel de la psique individual, sino también a nivel del colectivo: en calidad de *imaginario radical*.

Lo socio-histórico es la emergencia de las nuevas SIS, de esta manera las colectividades humanas, tienen como característica esencial su capacidad de crear nuevos sentidos. En el caso de las sociedades, cuando se manifiesta la posibilidad de cuestionar las instituciones y las SIS, es posible plantearlas como autónomas, sin embargo, estas son excepciones en la historia de la humanidad, ya que las sociedades y los individuos se encuentran ahogados en sus manifestaciones, y sus expresiones adquieren el tinte de la conformidad y la repetición (Castoriadis, 2006).

Pintos (2004) define los imaginarios sociales como:

“esquemas socialmente contruidos que nos permiten percibir, explicar e intervenir en lo que en cada sistema social diferenciado se tenga por realidad. Los imaginarios sociales operan como un meta-código en los sistemas socialmente diferenciados, a través del código relevancia/ opacidad, y generan formas y modos que fungen como realidades” (p. 17).

Los imaginarios proporcionan esquemas complejos que orientan la pluralidad de referencias, “Los imaginarios sociales a diferencia de las ideologías, no permiten percibir la contingencia de nuestras propuestas y la necesidad de propuestas alternativas que mantengan abierta la operatividad de

las sociedades” (Pintos, 2004, p. 26). La realidad no es única, ni puede identificarse con una única verdad. Los imaginarios operan a modo de meta-código, en el campo propio de la construcción de la realidad, a través de diferentes “medios”, y generan formas que “naturalizan” las construcciones de la realidad diversa. Por un lado se define lo que queda dentro y fuera del campo, y por el otro la presencia y ausencia. Entre las funciones que Pintos le asigna a los imaginarios sociales, se encuentran la de producir una imagen de estabilidad frente a la fragmentación y las relaciones sociales cambiantes, generar percepciones de continuidad en experiencias discontinuas, proporcionar explicaciones globales a los fenómenos fragmentarios y permitir intervenir en los procesos contruidos desde perspectivas diferenciadas.

Castoriadis (Castoriadis, 1997), plantea la presencia de una crisis en la sociedad contemporánea, que produce una crisis del proceso identificador, es decir en los sentidos que una sociedad puede darse para sí misma, en su autorepresentación, para transmitir en la fabricación de los nuevos individuos que la conformen. Los sentidos actuales, de acuerdo al autor, se basan en una única significación presente y dominante: la significación capitalista, del dominio ilimitado y el conformismo generalizado.

Antes de finalizar, se resalta la distinción que realizan los autores, entre las nociones de representaciones sociales, ideología y SIS.

Algunos quieren hacer del imaginario social un conjunto de representaciones sociales, expresión nueva y más apropiada para la ideología, lo que “disimula” a los actores sociales, lo que ellos son y lo que hacen (...) todo lo que circula con el nombre de imaginario social se refiere a lo que yo llamo imaginario segundo, un producto cualquiera de lo imaginario instituyente (Castoriadis, 2005, p. 64).

En gran parte del trabajo sobre los imaginarios de la literatura sociológica, se corre el riesgo de posicionarlos como existentes por separado de las relaciones materiales, y como tal inmersos en una relación entre el idealismo y el materialismo (Dawney, 2011). De esta forma, las ideologías tradicionales son inoperantes al momento de brindar referencias globales que incluyan los fragmentos heterogéneos como sentimientos, ideas, emociones o creencias (Pintos, 2004).

Cómo se presenta en el siguiente apartado, esto implica un particular modo de aproximarse y acercarse al conocimiento de las SIS en investigación.

2.1.5 EL ESTADO Y EL PODER

Castoriadis (2006) plantea que existe una confusión entre democracia y Estado, o entre el Estado y el poder. Al no poder existir sociedad sin poder, y delimitar esta a través de su sentido autoimpuesto por creación en límite de lo prohibido y lo permitido, es indisociable de la toma de decisiones respecto a lo que se debe hacer y lo que no, y de las leyes y gobierno que afecten al total de la sociedad. El poder está siempre presente, en la misma capacidad de imaginación y autonomía que radica en el núcleo psíquico de cada sujeto, y en la forma misma de los sentidos que la sociedad genera a partir del imaginario. Pero, si bien siempre habrá poder, el poder no es sinónimo de Estado, este último es una instancia de poder, aparato jerárquico y burocrático que se enfrenta a la sociedad para dominarla.

Bourdieu y Wacquant (2014), plantean que el Estado, es un campo, instancia de mediación crítica entre las prácticas de sus actores y las condiciones económicas y sociales presentes en él, o *metacampo*, como:

“conjunto de los campos en los que tienen lugar las luchas en las cuales lo que está en juego es el monopolio de la violencia legítima, es decir, el poder de imponer como *universal y universalmente aplicable* dentro de una determinada nación, dentro de las fronteras de un territorio dado, un conjunto común de normas coercitivas” (p.151).

El Estado constituye así un conjunto de campos y redes relacionales, de alianza, cooperación o servicio, es decir, de diferentes formas que asume el poder.

Foucault ha dedicado gran parte de su obra a analizar cómo en muchas ocasiones el juego móvil de fuerzas, que es necesario para sostener las relaciones de poder, se rigidiza, pierde dinamismo, y produce dominio por parte del poder instituido y hegemónico. De acuerdo a este pensador, el poder es inmanente a todas las relaciones sociales, que constituyen técnicas de saber y procedimientos discursivos que delimitan ciertos blancos, con capacidad táctica y estratégica. El poder y el saber se articulan en el discurso, que no se divide entre el discurso aceptado y el excluido, sino como una multiplicidad de elementos discursivos capaces de actuar en estrategias diferentes “El discurso transporta y produce poder: lo refuerza, pero también lo mina, lo torna frágil y permite detenerlo” (Foucault, 2009, p. 97).

El poder precisa de técnicas para su ejercicio, la soberanía, la disciplina y la biopolítica, con modalidades y tácticas diferentes, son ejemplos de ello. Sería un error entender que cada una de estas sociedades reemplaza a las otras, “estamos en un triángulo: soberanía, disciplina y gestión gubernamental, una gestión cuyo blanco fundamental es la población y cuyos mecanismos esenciales son los dispositivos de seguridad” (Foucault, 2006, p. 135).

Mientras que las técnicas disciplinarias se dirigen al cuerpo, y tratan de regir las multiplicidades de los hombres en tanto que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar y utilizar; la biopolítica, está destinada a la multiplicidad de los hombres, en la medida en que forman una “masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad” (Foucault, 2000, p. 220).

La biopolítica, consiste en un “conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrán ser parte de una política, una estrategia política de poder” (Foucault, 2006, p. 15), que engloba, integra y modifica parcialmente la tecnología de la disciplina, sin excluirla ni suprimirla (Foucault, 2000, p. 219).

Esta nueva tecnología de poder tiene que vérselas con la población como problema político, biológico, científico, y de poder (Foucault, 2000). El tipo de fenómenos que toma en cuenta son los fenómenos colectivos, que se manifiestan en sus efectos económicos y políticos, y se basan en la tecnología reguladora de la vida, la estadística y la policía, entendida como modo de organización de una sociedad: elementos que como se verá a partir del desarrollo de los capítulos tres y cuatro, son ordenadores para el diseño, implementación y evaluación de las PPS.

2.1.6 EL ESTADO INCONCIENTE O LA NATURALIZACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN ESTADO

Si bien la institución se *reifica*, y los intentos de cambio o transformación son vivenciados como tareas imposibles, contra lo natural de las cosas; la Historia,

las Ciencias Sociales, el Análisis Institucional y la Psicología Institucional, se proponen poner este esencialismo en perspectiva. Exponer tanto a la institución como construcción social histórica y cultural, como a los mecanismos de poder-saber que se encuentran en su génesis (Varela, 2011).

García Linera (2010), postula que un gobierno es parte del Estado como así también lo son el parlamento, el orden legislativo y el acatamiento a dicha legislación, las fuerzas armadas, las cárceles, el sistema de enseñanza, los presupuestos, la gestión y los usos de los recursos públicos, la narrativa de la historia, los silencios y los olvidos, símbolos, disciplinas, sentidos de pertenencia, sentidos de adhesión. Hablar de Estado implica un conjunto diverso de elementos, objetivos y materiales (como es el caso de las fuerzas armadas o el sistema educativo), y otros impalpables, pero con efecto en lo material, como las creencias, sumisiones y símbolos. De acuerdo al autor, el Estado en sentido estricto no existe sin sus instituciones, pero no se compone sólo de instituciones, sino también de un régimen de creencias, de percepciones, que implican idealidad, ideas, percepciones, sentido común, y la correlación de fuerzas, luchas, enfrentamientos y el monopolio de la fuerza (García Linera, 2010).

Permite ver cómo asumimos la relación frente al Estado. Si el Estado es sólo máquina, entonces hay que tumbar la máquina, pero no basta con tumbar la máquina del Estado para cambiar el Estado, porque muchas veces el Estado es uno mismo, son las ideas, los prejuicios, las percepciones, las ilusiones, las sumisiones que uno lleva interiorizadas, que reproducen continuamente la relación del Estado en nuestras personas (García Linera, 2010, p.6).

Al entender las PPS, como *analizadores* sociales, es decir, como elementos que ponen en evidencia contradicciones y elementos de lo invisibilizado y

silenciado por la forma estatal asumida en cada momento socio-histórico; se tiene en cuenta a su vez, que las políticas implementadas desde los gobiernos y las estadísticas, regulan la vida de los hombres, normativizan, pero además son naturalizadas: parten de la noción de Estado, nacen de la institución misma, se interiorizan sin cuestionar su existencia (Foucault, 2000).

2.2 FUNDAMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.2.1 EL ANÁLISIS INSTITUCIONAL: EL MÉTODO PRIVILEGIADO POR LA PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL

El Análisis Institucional es el método privilegiado por la Psicología Institucional para un acercamiento a las instituciones; enlaza a la investigación con la intervención sobre aspectos que configuran la realidad institucional (Pérez, 2016). El campo teórico para el enfoque de las instituciones se nutre de la corriente del Análisis Institucional, y de la Intervención Socioanalítica como metodología para operar en su singularidad; además de recurrir a conceptos teóricos y recursos técnicos provenientes de distintos territorios del conocimiento.

El Análisis Institucional busca encontrar dentro de los materiales suministrados por diversas disciplinas el movimiento vivo que, en una época dada, influye en las instituciones hasta el punto de hacerlas vacilar; la producción y la reproducción de las relaciones sociales dominantes, el contenido del lazo social, la transversalidad de las relaciones que los hombres, los grupos, las categorías y las clases sociales sostienen con las instituciones en tanto que totalidad de la existencia social (Lourau, 2008).

En sentido amplio el Análisis Institucional tiende a designar un método de análisis social a base de observación y documentos, centrado en el concepto de institución (...) En sentido estricto, el análisis institucional es un método de intervención en la práctica social de los grupos, de las organizaciones y de las instituciones, es decir, en situación (Lourau & Lapassade, 1977, p.63).

Para efectos de esta investigación se adhiere a esta propuesta, en la cual se intenta una aproximación a teorías que jerarquizan la noción de institución y la consideran central para analizar y reflexionar en torno a las sociedades y su historia, y a la vez que se alejan de causalidades deterministas y funcionalistas (Chairo, 2016).

Constituye un aspecto fundamental, la cuestión de la subjetividad como producción en el “entre”, agenciamiento que se produce o podría hacerlo entre elementos o términos heterogéneos: palabras, cuerpos, personas, objetos, y un sinfín de relaciones dadas exclusivamente por el encuentro (del Cueto, 2014).

Entre dichos procesos y las *producciones subjetivas* de cada sociedad existe, una relación de *tensión*. Las instituciones producen las subjetividades que luego serán reproductoras y transformadoras de las mismas, pero que se producen en un mismo encuentro y que no son unas sin las otras (del Cueto, 2014; Chairo, 2016).

En este sentido, y a los fines del desarrollo de esta tesis, se presentan distintas conceptualizaciones que entienden al Estado como una construcción social. Las contradicciones que a partir de esta forma se presentan, las legislaciones, y la elaboración de planes y proyectos podrían ser considerados analizadores contruidos, que echan luz sobre un campo diverso y para nada homogéneo. Tanto el Estado como las Políticas Sociales, son hechos sociales, que implican tiempos históricos y formas sociales singulares, relaciones

sociales, de fuerza y de poder, que son difíciles de aprehender y que dejan siempre un resto sin nominar. El trabajo de investigación se referencia, en el Análisis Institucional en sentido amplio (Lourau & Lapassade, 1977), no obstante, y tal como fue señalado en el apartado previo, se considera que la investigación y la intervención, son actividades indisociables.

Por otra parte, el problema de tratar de definir un hecho social y tomarlo como objeto de estudio disciplinar, se complejiza cuando a los ojos de los sujetos de la sociedad, las instituciones se presentan como una realidad natural y a-histórica por la eficacia misma que lo instituido presenta acerca del Estado (Varela, 2015). La institución es el proceso mediante el cual nacen fuerzas sociales instituyentes que, a menudo, terminan por constituir formas sociales codificadas, fijadas e instituidas jurídicamente (Lourau, 2008). La eficacia de lo instituido, es fijar la institución y por encima de la razón y voluntad del sujeto (Varela, 2015). Por esta razón es que se hará foco en las SIS que animan los modos de ser y estar de los estudiantes en la Facultad, respecto al hacer-ser del psicólogo en el ámbito público de la salud.

La formación de profesionales es un punto que excede los horizontes pedagógicos y didácticos, y forma una trama de procesos constitutiva de la subjetividad: “toda formación es una experiencia colectiva y una experiencia de lo colectivo, y en ese sentido, la formación compromete invariablemente el universo de nuestros vínculos” (Baz, 2008, p. 8). De esta manera, si uno de los espacios privilegiados donde se construye la identidad profesional colectiva es en la formación, se torna significativo pensar cómo se produce la subjetividad del psicólogo desde el mismo estudio de grado.

Entendemos que es imposible hablar de la formación del psicólogo/a sin hacer referencia al tiempo histórico y el campo social en el que un plan de estudios se piensa y se construye. Las necesidades y demandas sociales, las hegemonías disciplinares, las significaciones colectivas, acerca de la profesión, que se encuentran en el imaginario de la época, los procesos políticos y culturales, así como las implicaciones de los redactores, son sólo algunos de los atravesamientos que se producen en su elaboración" (Pérez, 2014, p. 174).

El trabajo con las SIS posibilitaría la transformación de la subjetividad a partir del trabajo de elucidación y de-construcción de sentidos instituidos (Fernández, 2008; Martínez Posada & Muñoz Gaviria, 2008, Murcia- Peña, Pintos de Cea Naharro & Ospina-Serna, 2009; Pérez, 2014; Pérez *et al*, 2016).

2.2.2 LA LÓGICA DE LOS CAMPOS

El presente trabajo implica reconstruir un campo complejo. Los capítulos que se presentan a continuación tienen el propósito de caracterizar y describir un problema irreducible a una suma de variables. De Sousa Miyano (2009), plantea que la investigación social en salud, como todas las investigaciones que tratan del fenómeno salud/enfermedad, incluyen la representación de los diversos actores que conforman el campo: las instituciones políticas y de servicios, los profesionales y usuarios.

Los abordajes del tipo Investigación-acción participante, que buscan combinar investigación, participación y política, parten de algunos supuestos: la inclusión social sólo se alcanza si los sectores económica y socialmente excluidos incorporan la conciencia de sus intereses, prácticas de organización y real significación política y la investigación social puede ser un potente vehiculizador de esos cambios; para esto, es necesario un trabajo de

enunciación. Los campos problemáticos buscan reconstruir puntos sintomáticos, nombrar los obstáculos que no permiten pensar y operar, para facilitar nuevas condiciones de producción, son un intento de ligar el pensamiento con el campo de las prácticas (L'Hoste, 2002). Un campo es algo diferente a un *objeto*, y busca incluir múltiples miradas, rescatar lo diverso y heterogéneo, lo discontinuo, que no puede ser reducido a un único elemento. "Su producción de conocimientos se inscribe no sólo en sus historicidades de hecho, sino en la indagación crítica de las mismas. Se compone de estrategias discursivas y extradiscursivas en un campo o constelación de sentido determinada" (Fernández, 2008, p.103).

Con la noción de campo, Pierre Bourdieu, refiere al producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), a partir del cual cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales (económicos, sociales, culturales y simbólicos). Analíticamente consiste en:

Una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones por su situación presente o potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu & Wacquant, 2014, pp.134-5).

Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 2014) plantea que el Estado, la Iglesia, los partidos políticos, no son aparatos, sino campos, dónde los agentes e instituciones luchan permanentemente, de acuerdo a ciertas regularidades implícitas, con diversos grados de fuerza y posibilidades de éxito. En cada momento la estructura del campo es definida por el estado de las relaciones de fuerza, el campo de lucha y la historicidad es aquello que define y diferencia al campo de un aparato o un sistema. Por otra parte, todo aquello que le ocurre a cualquier objeto que lo atraviesa no puede explicarse por las propiedades intrínsecas del objeto en cuestión, y nos recuerda que el verdadero objeto de la ciencia social no es el individuo, sino en tanto agente socialmente constituido y activo y actuante en el campo.

El estudio del campo implica tres momentos conectados:

1- En primer lugar se debe analizar la posición del campo frente al campo del poder.

2-Se debe trazar un mapa de la estructura objetiva de las relaciones entre las posiciones que ocupan los agentes o instituciones que forman parte del juego de fuerzas por la legitimidad del campo.

3-Analizar los *habitus* de los agentes y sus disposiciones adquiridas e internalizadas. La noción de *habitus* permite superar la dicotomía entre individuo- sociedad, ya que implica aseverar que lo personal, individual o subjetivo, es social y colectivo “el *habitus* es una subjetividad socializada” (Bourdieu & Wacquant, 2014, p.166).

Estos momentos son tenidos en cuenta en la presentación de este trabajo, para lo cual se ha diseñado una aproximación metodológica en dos partes: una primera, que se enfoca en caracterizar a las instituciones que componen

nuestro campo de análisis, y el modo en que las mismas son entendidas desde diversas perspectivas; en un segundo apartado, la narrativa se centra en caracterizar a los agentes que integran el campo. Sobre cada una de estas aproximaciones se delimitaran las unidades de análisis, muestras, técnicas implementadas, procedimiento y tratamiento del material.

2.3 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

De acuerdo a los objetivos planteados, se considera pertinente, incluir la técnica de indagación propuesta por Fernández (2007), que consiste en distinguir y puntuar insistencias, por un lado, e indagar en las prácticas, por otro. Respecto al análisis del material, Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 2014), plantea el Análisis de Correspondencia como la técnica relacional de datos que se corresponde, en su filosofía, con la realidad del mundo social: esta técnica permite realizar un análisis de relación, que coincide con el aspecto relacional que caracteriza al campo.

Para alcanzar los objetivos, se plantea un abordaje a partir de dos aproximaciones metodológicas, cada una de ellas con técnicas, procedimientos y modalidades de análisis de los datos, diferentes.

Antes de continuar con la presentación de las mismas, es importante delimitar que la formación académico- profesional del Licenciado en Psicología o Psicólogo comprende dos instancias, la primera, que agrupa los contenidos curriculares básicos, tiene como objetivo impartir conocimientos instrumentales y teóricos básicos¹⁹, mientras que el ciclo profesional de la carrera en

¹⁹ Los ejes temáticos que agrupan los contenidos agrupados en ambas instancias son: 1. Procesos psicológicos básicos; 2. Procesos biológicos; 3. Dimensiones psicosocioculturales; 4. Construcción histórica y desarrollo de las teorías y sistemas de la Psicología; 5. Problemas

Psicología, “tiene por objetivo la integración de conocimientos, la profundización académica y la aplicación de distintas áreas de práctica profesional” (AUAPsi, 2009, p. 5). A los fines de la presente investigación, nos centramos en este último, conformado por el cuarto, quinto y sexto año del Plan de Estudios para Licenciado en Psicología, de la UNLP.

2.3.1 APROXIMACIÓN METODOLÓGICA I

I. TÉCNICA

Con el propósito de caracterizar el campo, se realiza una presentación a partir de diferentes documentos y fuentes secundarias, que plantean concepciones de Estado y Políticas Públicas Sociales en Salud, en nuestra sociedad. Asimismo, se caracteriza la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, cómo institución, y un especial interés en las características de la propuesta de formación para el grado, en relación a los contenidos que habiliten al ejercicio profesional en el campo de la salud en el ámbito público. Para abordar este punto, se analizaron los programas de las asignaturas correspondientes al ciclo de formación profesional, entre los años 2012-2016.

II. ANÁLISIS DE DATOS Y SÍNTESIS DE RESULTADOS

Para el análisis se utilizaron herramientas de estadística descriptiva y análisis de contenido. Esta técnica se orienta al análisis de la comunicación y

epistemológicos y metodológicos de la Psicología; 6.Desarrollos de la Psicología en relación con las dimensiones grupal, institucional y comunitaria; 7.Dispositivos de evaluación e intervenciones psicológicas; 8.Áreas de aplicación de la Psicología; 9. Ética y deontología profesional. (AUAPsi, 2007).

utiliza procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes. Busca inferir conocimientos relativos a las condiciones de producción, con ayuda de indicadores (Krippendorff, 1990; Bardin, 1996).

El procedimiento general de la técnica de análisis de contenido sigue una serie de pasos flexibles descritos por Cáceres (2003): (1) preparación y preanálisis del corpus de contenidos a examinar; (2) definición de las unidades de análisis (segmentos del contenido caracterizados e individualizados para ser posteriormente codificados y relacionados); (3) construcción y asignación de códigos de análisis (los códigos o identificadores pueden adoptar la forma de un concepto conocido, una palabra o un símbolo distintivo); (4) desarrollo de categorías (conceptos o “casillas” en donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica); (5) síntesis final de los hallazgos, que integra los códigos y las categorías. Para la realización del análisis de contenido se empleó el software ATLAS.ti 7 (Varguillas, 2006).

2.3.2 APROXIMACIÓN METODOLÓGICA II

Si bien parecería existir un acuerdo acerca de las características de los imaginarios, el modo en que pueden ser abordados para su análisis en investigación, resulta ser un tema bastante controvertido (Langdridge, 2006, Fernández, 2007, Sodré, 2009, Cegarra, 2013). A partir de comprender que el imaginario social y sus significados se transmiten por artefactos que existen en el mundo, se concluye que sus manifestaciones pueden ser medidas también en imágenes, productos de la cultura, libros, etc., (Bassok, 2012).

Si bien existen diferentes propuestas metodológicas y modalidades de abordar los imaginarios sociales, también hay coincidencias en considerar la necesidad de implementar diversos enfoques, que permitan una aproximación más pertinente que dé cuenta de la complejidad del fenómeno social, la realidad es imposible de medir en su totalidad (Cegarra, 2012).

Los diferentes abordajes coinciden en recurrir a elementos empíricos: es necesario al indagar en los imaginarios, trabajar con un conjunto de técnicas que favorezcan un abordaje socio-histórico del campo social, como así también, considerar diferentes perspectivas, y tener en cuenta las dimensiones políticas, económicas, sociales de producción y creación. El trabajo con las imágenes, los productos de medios de comunicación, el discurso de los participantes, el análisis de documentos, la observación de situaciones grupales, entre otros, son elementos válidos que favorecen aproximaciones de lectura que en lugar de conducir a la interpretación o comprensión, abren el juego entre los sentidos posibles (Sodré, 2009; Murcia- Peña; Pintos De Cea Naharro; Ospina-Serna, 2009; Cegarra, 2012).

Fernández (1988, 2007, 2008, 2013), presenta como modalidad de trabajo para la exploración de los imaginarios sociales, el uso de la *metodología de problematización recursiva*, la cual, junto con su equipo de trabajo han desarrollado en Argentina desde el año 1995. Esta metodología se caracteriza por la observación de situaciones o acontecimientos sociales in situ, a la vez que estos acontecen y tiene como finalidad explorar las lógicas colectivas cuando operan en un campo de problemas de la subjetividad. Esta metodología se fundamenta en trabajar problemas, diferenciándose de la aplicación de marcos conceptuales previos ya que también las categorías conceptuales que

permiten abordar los problemas se construyen a medida que el trabajo en terreno lo requiere, lo que permite habilitar la indagación de procesos heterogéneos en su especificidad (Fernández, 2007, 2013).

La autora recurre a los dispositivos de los grupos, dónde a partir de la figura del coordinador se pueden pensar los abordajes grupales como espacios tácticos, los dispositivos grupales forman parte del dispositivo de los grupos, “(...) en la medida en que se diseñan espacios constituidos por un número numerable de personas para la producción de efectos específicos en diversas formas de intervenciones institucionales y comunitarias” (2007, p. 136).

Los dispositivos elaborados por Fernández para la investigación están conformados por diferentes momentos: reunión plenaria inicial, talleres, plenarios de cierre y jornadas. Se mantienen como ejes centrales el trabajo de talleres con multiplicación dramática, que consiste en presentar una escena inicial que opera como disparadora de una sucesión de escenas que surgirán a partir de conexiones y desconexiones que realizan los participantes con la escena inicial u algunos de sus elementos. La multiplicación dramática permite que en la diversidad de producciones y en la sucesión de escenas se impida la lectura de un sentido único al no tratarse de una narrativa lineal; en palabras de la autora: “Hemos hecho de la suspensión de la comprensión un modo de trabajo (...) rehusar la comprensión es hacer posible la interpretación. Comprender el sentido es lo opuesto a indagar los sentidos posibles” (Fernández, 2007, p. 161).

I. UNIDAD DE ANÁLISIS

Sentidos respecto a las Políticas Públicas Sociales en Salud presentes en los estudiantes en la Licenciatura en Psicología en la UNLP.

Población

Alumnos de la Universidad Nacional de La Plata cursantes de la Carrera Licenciatura en Psicología, durante el periodo 2012 a 2016.

II. MUESTRA

Selección de la muestra: Por proceso de muestreo aleatorio simple, de tipo no probabilístico (Yuni & Urbano, 2006).

III. TÉCNICAS

A- SONDEO POR CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

Señalan algunos autores, que la información que se recopila a partir de preguntas semiabiertas, siempre está referida al conjunto de representaciones que un sujeto asocia a acontecimientos vividos por él. Por ello, se trata de la expresión subjetiva de una experiencia que es, al momento de la implementación de la técnica, el centro de reflexión (Marradi, *et al*, 2007). Con el uso de esta técnica se busca relevar de manera exploratoria, información referida a las percepciones de los alumnos en relación a las políticas sociales y las prácticas de los/as psicólogos/as. La misma tiene por propósito ser un primer acercamiento al fenómeno o tema estudiado, con el objetivo de identificar las características generales o dimensiones del problema.

B- GRUPOS FOCALES

La utilización de la técnica de *Grupos Focales* nos permite desde una perspectiva de investigación/acción, realizar un relevamiento para explorar los

conocimientos, las prácticas y las opiniones, e indagar no sólo lo que los estudiantes de Psicología piensan respecto a las prácticas profesionales en el ámbito de las políticas públicas sociales, sino también cómo y porque piensan cómo piensan (Kitzinger, 1995; Barbour, & Kitzinger, 1999).

El grupo focal –denominado también grupo de discusión, grupo de enfoque o focus group– es un método de investigación cualitativa que implica la discusión de un tema específico por parte de un grupo predeterminado de personas, bajo la guía de un moderador que prepara y coordina el encuentro mediante preguntas o ejercicios (Barbour & Kitzinger, 1999; Hennink, 2007). Suele emplearse en las fases iniciales de algunos estudios plurietápicos, en muchas ocasiones como un recurso para el desarrollo de instrumentos (Hennink, 2007). El presente taller se encuentra dirigido a estudiantes avanzados de las carreras de Psicología, que cursen el ciclo de formación profesional (4°, 5° o 6° año en el caso de la UNLP). El trabajo estuvo a cargo de un coordinador y un observador grupal. El grupo focal busca comprender el problema desde la perspectiva de los propios participantes, destacándose por ser una técnica idónea para generar información espontánea sobre las conductas y opiniones cotidianas de las personas (Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2002; Hennink, 2007; Puchta & Potter, 2004).

Esto se debió no sólo a las dificultades particulares planteadas por los trabajadores para asistir a todas las reuniones, sino también a que los especialistas (Bloor *et al*, 2002; Hennink, 2007) sostienen que el número ideal para llevar a cabo un grupo focal oscila entre seis y ocho sujetos. Por ello, en el primer encuentro participaron ocho mujeres, en el segundo seis mujeres y dos

varones, en el tercero tres mujeres y tres varones, y en el último la totalidad de los varones.

C- MULTIPLICACIÓN DRAMÁTICA

La elección de esta técnica resulta estratégica debido a que apunta al despliegue de las significaciones imaginarias institucionales. La Multiplicación Dramática consiste en un dispositivo psicodramático ideado por Pavlosky y Kesselman (1989), quienes han hecho explícito uno de sus criterios fundantes: multiplicar en vez de reducir. Se trata de un modo y procedimiento de trabajo con grupos que busca producir enunciaciones de líneas de sentidos colectivos siempre múltiples. Distintos autores coinciden en lo valioso de esta técnica para un análisis de los imaginarios sociales (Fernández, 1988, 2007; Pérez, 2014, del Cueto, 2014; Pérez, 2016, entre otros)

IV. ANÁLISIS DE LOS DATOS

A- ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA MÚLTIPLE (ACM)

El análisis de correspondencias (AC) es una técnica exploratoria que permite representar gráficamente filas y columnas de una tabla de contingencia (Greenacre y Blasius, 2006; Lebart *et al*, 1984). Esta técnica constituye una herramienta de principal importancia para el análisis de datos textuales donde se construyen tablas de contingencia a partir de la relación del uso de varios vocablos entre distintos textos de discurso. El AC puede ser interpretado como una técnica complementaria y a veces suplementaria del uso de modelos log-lineales para el estudio analítico de las relaciones contenidas en tablas de contingencia, y permite explorar gráficamente estas relaciones (Ver Anexo III).

El Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM) permite explorar tablas multidimensionales. Las observaciones multivariadas se grafican en planos para así poder identificar las asociaciones de mayor peso entre las modalidades de varias variables cualitativas. Para este último enfoque se utilizan las conocidas tablas *Burt* que contienen los niveles o modalidades de cada variable categorizada tanto en las filas como en las columnas de la tabla y por tanto contienen todas las clasificaciones cruzadas a dos vías de las variables originales (Greenacre y Blasius, 1984). El AC opera sobre la matriz de desviaciones Chi cuadrado, en lugar de usar la matriz de varianzas y covarianzas como lo hace el análisis de componentes principales.

B- DISTINGUIR Y PUNTUAR INSISTENCIAS

La etapa de análisis-síntesis de los datos para la obtención de resultados implica un proceso de interpretación compuesto por varias operaciones. El momento de la comprensión se basó en la inmersión en los datos y en la búsqueda de relaciones posibles entre los mismos. La identificación de ciertas recurrencias verbales y observacionales fueron leídos como patrones a partir de los cuales pudieron elaborarse las categorías sintéticas.

En intervenciones institucionales o comunitarias, en la coordinación de grupos o el análisis de investigaciones en terreno, al indagar imaginarios sociales, deben articularse las siguientes estrategias de trabajo: “por un lado distinguir y puntuar insistencias; por el otro, indagar en las prácticas y atravesando ambas, crear condiciones de posibilidad para alojar lo inesperado” (Fernández, 2007, p.105). Es necesario pensar con fuertes recaudos de método, para no simplificar los caminos en un solo sentido en la relación de

significaciones- prácticas, ya que podría caer en un sesgo idealista, si se considera que una práctica, para ponerse en acto, necesita estar fundamentada en una significación que la antecede. Esto puede operar de esta forma, pero también es necesario considerar que puede operar de forma inversa. Estudiar las prácticas implica la indagación del conjunto de las maneras de hacer que están constituidas como lo real, ya que es una de las modalidades que hacen posible que los participantes de un colectivo institucional se objetiven o subjetiven como sujetos. Para trabajar sobre estas prácticas, se trabaja con múltiples sentidos posibles a partir de datos del material y la consideración de diferentes niveles de implicación: climas grupales, situaciones, lo institucional, lo cultural, los discursos que circulan en el socio- histórico, entre otros. Estas operaciones no son realizadas por el coordinador de los grupos, sino que son solicitadas a los propios participantes. Esto permite ampliar la diversidad de sentidos que operan en la latencia en un campo de enunciación, sin legitimar como verdad aquello que sería una de las líneas de significación que operan en la latencia de un colectivo (Fernández, 2007).

“Pensar no es salir de la caverna, ni sustituir la incertidumbre de las sombras por los perfiles bien definidos de las cosas mismas, el resplandor vacilante de una llama por la luz del verdadero sol. Es entrar en el laberinto (...) es perderse en galerías que sólo existen porque nosotros las cavamos infatigablemente, dar vueltas en el fondo de un callejón sin salida cuyo acceso se ha cerrado tras nuestros pasos- hasta que este girar abre, inexplicablemente, fisuras factibles en el muro”.

(Castoriadis, 1997, p. 9)

PARTE III. APROXIMACIÓN

METODOLÓGICA I.

CARACTERIZACIÓN DEL CAMPO

Los apartados que se presentan a continuación, están motivados por el propósito de analizar la posición del campo en estudio, frente al campo del poder. Se busca trazar un mapa de la estructura objetiva de las relaciones, posiciones, y de las distintas instituciones que forman parte del juego de fuerzas que pugnan por la legitimidad del campo (Bourdieu & Wacquant, 2014).

A partir de las consideraciones expuestas en la introducción, es que en este apartado (apartado II) se va a tratar la cuestión del Estado y las Políticas Públicas Sociales (en adelante: PPS) desde una mirada institucional. Al considerar al Estado como institución, y a las PPS como *analizadores*, se intenta abrir el foco sobre su carácter de construcción, es decir, como elaboraciones o producciones propias del mundo humano, y no como hechos naturales e inmovibles. En este sentido, a partir de lo presentado en la primera parte de este trabajo, en la relación entre el Estado y el poder, también deben observarse los discursos que producen y legitiman ciertos modos de ejercicios de poder y no otros, y que suelen ser reducidos o cristalizados a cuestiones naturales o esencias (Castoriadis, 2006; Foucault, 2009; Varela, 2015; Bourdieu & Wacquant, 2014).

Mientras que en los *capítulos tres y cuatro*, se realiza un recorrido por diferentes nociones de las PPS y las PPS en salud, entendidas como expresión de la modalidad del Estado y los intereses de diferentes actores, que tienen consecuencias para la vida humana en su conjunto, en su impacto en la producción de subjetividad (García Linera, 2010; Zaldúa, 2011).

En el *capítulo cinco*, se analiza la formación de grado para Psicología, sus características generales en América Latina y Argentina, para centrarnos luego en la Universidad Nacional de La Plata, y el caso específico de la Facultad de Psicología. Además de describir los sentidos, representaciones e imaginarios que giran en torno a la psicología y el ejercicio profesional, y el vínculo de tensión que se mantiene entre las prácticas efectuadas por los psicólogos en el ámbito laboral, lo que se define como saber psicológico y los sentidos que se atribuyen al mismo.

Sobre la base de las ideas expuestas, se hace necesario considerar que las definiciones e ideas presentadas, lo son en tanto describen la concepción sobre las construcciones aquí estudiadas, de acuerdo a como son analizadas y definidas desde los campos disciplinares y académicos, y no como definiciones acabadas que se pretenden como verdaderas; pero que, no obstante, producen efecto en la vida de relación y en las subjetividades, en tanto implican sentidos contruidos.

APROXIMACIONES CONCEPTUALES DEL ESTADO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES EN SALUD

CAPITULO III. ESTADO Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES

INTRODUCCIÓN

Las Políticas Públicas, están constituidas por los objetivos, acciones y decisiones de gobierno, a partir de problemas que se consideran prioritarios y centrales para una sociedad determinada. Expresan la modalidad que asume el Estado, e implica un juego de fuerzas en relación a la definición de diversos intereses por parte de los actores que componen este espacio como un campo (Fleury, 2000; Zaldúa, 2011; Agosto, 2012).

Zaldúa (2011a), plantea que las políticas sociales son parte de las políticas públicas, invenciones del capitalismo para resolver el conflicto de gobernar la sociedad, que basan su funcionamiento político y económico en la desigualdad. Además, vinculadas a los campos de salud y educativos, moldean las formas de pensar, sentir y actuar en cada sociedad, producen intereses materiales, ideológicos y producción de sujetos. Para alcanzar estos objetivos, se corporizan en instituciones con un saber específico, que facilitan su construcción como estrategia de hegemonía para alcanzar determinado proyecto de sociedad. “Los escenarios de poder y las formas de hegemonía constituyen epistemes dominantes que operan ideológicamente y opacan las causas de las inequidades sociales, la subordinación de género y las diversas opresiones a las diversidades étnicas, sexuales y etarias, etc.” (p.44).

3.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LA NOCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES

Al momento de precisar la noción de *políticas públicas*, nos encontramos ante una pluralidad de enfoques e interpretaciones, que implican un recorte no consensuado. Proponer una definición conceptual de la política pública no es tarea sencilla, implica variedad de perspectivas, concepciones y análisis (Fleury, 2000).

Existen definiciones que se reducen a la actuación del Estado y le otorgan a este un rol hegemónico, como también, definiciones sujetas a intersecciones multidisciplinares que entienden la política social como una categoría jurídica de aplicación en la esfera pública (Coeli Simões Pires, 2008).

En el lenguaje cotidiano los términos *política* y *políticas* son utilizados sin distinción. Con frecuencia se hace referencia a *la política* tanto para evocar formas estatales como no estatales, acciones de gobierno, de organizaciones sociales o individuales, incluso ideologías. Mientras que el idioma inglés ofrece conceptos diferenciados para distinguir entre *política* (*polity*), *la política* (*politics*) y *las políticas* (*policies*) (Lahera, 2004a; Parsons, 2008), en castellano, se presenta una definición de política general, que abarca su extensión pero que no precisa niveles.

Visto que el término *política* no constituye una noción ordenadora en sí misma, y con el objeto de realizar una delimitación de la noción que aporte mayor claridad al abordaje, se recurre a diferentes construcciones conceptuales para su caracterización.

3.1.1 DISTINTOS NIVELES DE ANÁLISIS: LA POLÍTICA, LO POLÍTICO Y LA POLÍTICA PÚBLICA

Fernando Martín Jaime y su equipo (Jaime, Dufour, Martín Alessandro, & Amaya, 2013), proponen tres dimensiones o niveles para entender la profundidad del concepto *política*:

- En un sentido amplio o estructural del término, se encuentra la dimensión institucional o *política (polity)*, que incluye las reglas e instituciones que establecen cómo se puede distribuir, organizar y ejercer el poder en el interior de un orden político, así como el análisis del Estado y el sistema político.
- Una segunda dimensión comprende el término *la política (politics)*, en vinculación con fenómenos como la lucha por el poder, la estructura del conflicto político y social, el comportamiento de los actores (políticos, estatales, económicos y sociales), sus mapas cognitivos (valores e ideologías), intereses y preferencias, la movilización de recursos (políticos, económicos y simbólicos), y los procesos de negociación y cooperación que se ponen en marcha con el propósito de reproducir o alterar determinadas relaciones de poder (Jaime, *et al*, 2013, p. 57).
- La última dimensión abarca las acciones de un gobierno orientadas a resolver los problemas de la sociedad incluidos en la agenda pública. Se refiere específicamente a las *políticas públicas (policies)* y sus objetivos, resultados, procesos de toma de decisión, evaluación y actores que la comprenden.

Desde esta perspectiva, las políticas públicas implican una perspectiva más amplia, ya que involucran los objetivos que se desean alcanzar, lo que los

gobiernos hacen o pueden hacer, recursos que se movilizan, intereses económicos, sociales y políticos que las afectan o respaldan, los nuevos conflictos de intereses que emergen de la misma y los efectos que podrían producir sobre el contexto en el que se desarrollan e intervienen (Jaime, *et al*, 2013, pp.54-5).

En consonancia con este conjunto de planteos, Fernández (2006) afirma que lo político puede ser pensado desde dos lógicas diferentes: la lógica de la institución y la lógica situacional. Desde el primer punto de vista, el objetivo consiste en el ejercicio, la acumulación y la distribución centralizada del poder de dominio territorial alcanzado a partir de establecer raíces de legitimidad e instituir modelos políticos de subjetivación de marca normativo- disciplinar. Desde la lógica situacional, en cambio, la política se expande e instala a través de las superficies, busca el poder como potencia colectiva- singular y subjetiva en los devenires de la experiencia situacional. Sobre esta última lógica se realiza una segunda distinción entre *lo político*, es decir, aquello implicado en toda actividad humana y en las inmanentes relaciones de poder que se presentan en lo situacional, y *la política*, presente en estrategias específicas de organización interna respecto a mecanismos de toma de decisión, y externa destinadas a producir alianzas con otros grupos u organizaciones.

Lahera (2004b) plantea que con frecuencia se utilizan los términos *política* y *política públicas* como sinónimos, pero que se trata de conceptos diferenciables. El primero es más amplio, y refiere al poder de la sociedad en general, mientras que el segundo, corresponde a soluciones específicas para manejar los asuntos públicos. Sí bien el concepto tradicional de política pública se ha vinculado con un papel preponderante del Estado, en la actualidad los

adelantos tecnológicos en información y comunicaciones favorecen una nueva concepción centrada en los cursos de acción y flujos, relacionada con un objetivo definido de manera democrática, desarrollado por el sector público, la comunidad y el sector privado. Es decir, que mientras la idea de administración pública corresponde a la estructura, la de políticas públicas enuncia un proceso y un resultado; si la administración es un concepto de equilibrio, las políticas corresponden a un concepto de dinámica. Una política pública de calidad incluirá orientaciones, contenidos, instrumentos, mecanismos, definiciones, modificaciones institucionales y la previsión de los resultados. Sin detrimento de sus funciones de regulación, control y evaluación, el gobierno integrará esfuerzos estatales, con el de múltiples actores y participantes, de distintos ámbitos (municipales, regionales, públicos y privados) para servir a un fin público. Desde esta perspectiva se incluyen tanto las políticas de gobierno, como las de Estado, que son las políticas de más de un gobierno. Vale la pena señalar, que la existencia de orientaciones de política no garantiza el cumplimiento de una *política*, sucede, que en diferentes países existen idénticas políticas públicas que difieren considerablemente en sus resultados, cantidad y calidad de la participación pública (Lahera, 2004b). El autor, enriquece su aporte al señalar la política pública como factor común entre *la política*, las decisiones del gobierno, y la oposición. De esta manera, si bien no todo lo que hace un gobierno son políticas públicas, estas pueden ser utilizadas como la unidad de transacción del sector gubernamental para distintos fines. Desde este punto de vista, hay una relación recíproca entre la política y las políticas públicas, que supone una modernización de la esfera pública. Este planteo supone que el gobierno se vuelve un instrumento para la realización de

políticas públicas, ya que promueve, bloquea, diseña, gestiona y evalúa las políticas públicas y los temas sobre las que éstas pueden influir y se acotan decisiones políticas, diferencian problemas y soluciones, los gobiernos son así instrumentos para la realización de políticas públicas (Lahera, 2004b).

Tanto la política como las políticas públicas incluyen el poder social, pero “mientras que la política es un concepto amplio que refiere al poder en general, el término políticas públicas refiere a soluciones específicas para resolver los asuntos públicos” (Lahera, 2004a, p. 7). Desde este punto de vista, el logro principal de un gobierno serán sus resultados, más que su estructura. La articulación de la política y las políticas se da entonces a partir del debate público, en el sistema político y las elecciones, en la participación política no eleccionaria y en el gobierno y las políticas que implementa. “El objetivo de los políticos -tanto conservadores como radicales, idealistas o motivados por el interés propio- consiste en llegar a establecer políticas públicas de su preferencia, o bloquear aquellas que les resultan inconvenientes” (Lahera, 2004a, p. 7). Si bien puede haber política sin políticas públicas, para el autor esta situación implica un sistema concentrado en la distribución del poder entre los agentes políticos y sociales, o una política demagógica; por otra parte, en el caso de existir políticas públicas que desconsideren la política, se presentaría un problema de diseño y de debilitamiento de la gobernabilidad social (Lahera, 2004a).

3.1.2 DIVERSOS TIPOS DE CONCEPTUALIZACIONES: FINALÍSTICAS, SECTORIALES, FUNCIONALES Y OPERACIONALES

Sonia Fleury (2000), plantea que coexisten al menos cinco tipos de conceptualizaciones para la noción de política social. En primer lugar, se encuentran las *conceptualizaciones finalísticas o teológicas*, cuyo énfasis se ubica en el deber ser y en los fines que debería cumplir la política social, este tipo de definición se centra en los valores que orientan definiciones y estrategias.

Otro modo de definir las políticas sociales es utilizar *conceptualizaciones sectoriales*, estas toman el recorte de las acciones y programas que se sitúan en los diferentes sectores sociales, se centran en las acciones, decisiones, estrategias e instrumentos que se orientan para el cumplimiento de determinadas metas en los sectores de salud, educación, vivienda, seguridad social. Entre la deficiencia de este tipo de conceptualización se señala el hecho que son meramente descriptivas y no otorgan instrumentos analíticos, por estar inspiradas en las divisiones de la estructura gubernamental y no reconocer la intersectorialidad de los problemas sociales, es decir, suponen una separación artificial entre políticas económicas y sociales.

Existen otras definiciones de política social construidas a partir de la función que esas políticas suelen cumplir, son las *conceptualizaciones funcionales*. La desventaja de este tipo de conceptualizaciones radica en que conducen a análisis simplistas que subestiman la complejidad de las políticas sociales.

En cuarto lugar se hallan las *conceptualizaciones operacionales* caracterizadas por acentuar los instrumentos y mecanismos utilizados para organizar la acción dirigida a determinados fines, este tipo de definición tiene

en cuenta el proceso de toma de decisiones y el conjunto de medidas para alcanzar el fin propuesto y se destaca por valorar la dimensión política-institucional y organizacional de las políticas sociales, además de los aspectos valorativos, finalísticos y funcionales.

Como límite de estas conceptualizaciones se señala el hecho de privilegiar la visión política como un proceso institucional (identificado como gubernamental), en el que se toman decisiones racionales basadas en un fuerte contenido técnico, y dejar a un lado el proceso político más general, ubicado como un fenómeno externo a la institución. En estas conceptualizaciones las políticas son fundamentalmente, procesos técnicos burocráticos.

El último tipo de clasificaciones que señala la autora, está conformado por las *conceptualizaciones relacionales*, desde este punto de vista se entiende a la política social como producto de una dinámica relacional de poder, en la cual diferentes actores son constituidos, se interpelan, enfrentan y redefinen sus identidades y estrategias.

Por diferentes razones, este tipo de enunciados presenta algunas limitaciones, y la opción por cada uno de ellos, deberá considerar las consecuencias que implican. En primer lugar existiría una contradicción inherente entre los términos *política* y *social*, mientras la política refiere al poder coercitivo ejercido por el Estado, lo social se basa en la interacción de los individuos y grupos, a partir de sus intereses de manera voluntaria “El término política social denota, etimológicamente, la contradicción de la separación entre Estado y sociedad, creando una esfera nueva, lo social, imposible de convivir con la concepción política liberal, que sólo considera las esferas del Estado y

del mercado” (Fleury, 2000, p.5). Si bien el Estado cumple roles fundamentales, como el de formular políticas y ser garante de derechos, no se limita a ser un organismo que gestiona y representa los intereses sociales, sino que es también un actor con autonomía relativa a partir de la burocracia y su capacidad técnica. Así pues, el peso diferencial que tienen los intereses involucrados le otorgan a las políticas características distintas (paternalista, ciudadana, corporativa, clientelar, etc.), que representan la concretización en cada etapa histórica de la correlación de fuerzas presentes en el campo social, y definen una construcción histórica y política: los sistemas nacionales y de protección social, materializados en instituciones, leyes y programas.

De igual importancia, es comprender que la política social, como parte del campo de la política, es un término complejo que posee múltiples determinantes e involucra variados factores. Incluye por un lado, una dimensión valorativa para establecer prioridades y tomar decisiones, sostenida en el consenso social y en el concepto de justicia con el que cada sociedad acuerda y qué guían las nociones de igualdad y solidaridad y el límite desigualdad tolerable; este campo implica también hablar de una dimensión estructural que recorta el campo de lo social en sectores, basado en las prácticas y modos de organización gubernamentales. Se trata de un campo atravesado por enfrentamientos de distintas fuerzas sociales, que involucra procesos de legitimación, acumulación, político institucionales, organizativos e históricos de formación de actores políticos y sus dinámicas relacionales y de poder.

Otros autores, consideran que todas las políticas, al incidir sobre la sociedad, son sociales. Para este tipo de definiciones la palabra *política* expresa una acción sobre medios para la obtención de determinados fines, el

concepto implica la habilidad y el conocimiento de los hechos precisos para la conducción y administración de la polis. Este enfoque se desarrolla a partir de entender que la *política social*, es la política de los gobiernos encaminada a tener un impacto directo en el bienestar de los ciudadanos, a base de ofrecer servicios e ingresos (Marshall, 1975).

En este orden de ideas, se encuentra la definición elaborada por Teresa Montagut (2004), quién plantea que la *política social* refiere a la administración pública de la asistencia, el desarrollo y dirección de los servicios específicos de los Estados en aspectos como salud, educación, vivienda, servicios sociales y trabajo, entre otros; y que tiene como finalidad, atenuar y perseguir objetivos, destinados a dar respuesta a ciertos problemas sociales (Montagut, 2004). Al respecto, Titmuss (1981) advierte que la política debe preocuparse por la igualdad, pero que no debería llegarse a la conclusión de que consiga siempre objetivos de bienestar, ya que, aunque suponga una redistribución que beneficia a los más desfavorecidos, también puede reforzar la posición de los más privilegiados o trasladar recursos de un grupo a otro.

Para Juan Carlos Aguilo (2005), entender la definición de política social implica tener en cuenta tanto las acciones concretas que realiza el Estado en las áreas sociales, como la gama de discursos producidos desde los ámbitos académico, técnico o político que dan cuenta de los objetivos y formas que debe tomar las acciones estatales. Un análisis de este fenómeno debe ser integral y considerar ambos factores; es decir, que el campo de la “política social” incluye también el problema de su complejidad. Los múltiples determinantes de la política social, el conjunto de valores compartidos, las luchas y enfrentamientos de diversas fuerzas sociales, su relación con lo

institucional, las prácticas y los conocimientos específicos, resultan en la diversidad de su concepción específica en cada momento socio-histórico.

Es en cada sociedad concreta que se definen las situaciones indeseadas y es su responsabilidad la resolución y definición de los individuos afectados por las mismas; este reconocimiento del problema social y sus afectados determina la regulación e intervención estatal en la resolución de los problemas definidos (Aguilo, 2005, p. 7).

Juan Carlos Aguilo (2005) sostiene que, la existencia o no de lo que se llama políticas sociales, está profundamente determinada por el tipo de Estado presente en la sociedad, y por lo tanto, por el modelo de crecimiento adoptado en la misma. El autor caracteriza las políticas sociales como: a) la resultante de una acción estatal, característica que comparte con las políticas públicas; b) acciones que se traducen en la regulación, provisión o disposición por parte del estado de ciertos bienes y/o servicios; 3) bienes y/o servicios que se pueden disponer para toda la sociedad, para ciertos grupos caracterizados previamente o para ciertos individuos calificados por antelación. La definición de los receptores de estas acciones estatales se relaciona con los objetivos de las políticas sociales, que componen el cuarto elemento que las caracteriza; por ejemplo, reducir los niveles de pobreza, tender al bienestar de la población, asistir a los desvalidos e indigentes. En otras palabras, “las políticas sociales son las regulaciones y acciones estatales que tienen por objetivo la superación de situaciones indeseadas que afectan a individuos o grupos de una sociedad determinada” (Aguilo, 2005, p. 7).

Por otra parte, Danani (2009) define las políticas sociales como las intervenciones del Estado, orientadas a las condiciones de vida y reproducción de diferentes grupos y sectores sociales.

Las Políticas Sociales son resultado de una construcción social compleja, dónde los espacios de negociación técnica, teórica, política e ideológica, son cruciales. Los modelos en que se formulan son relevantes en su conformación e integran lógicas diversas entre asistencia y protección social, cohesión y control social, derechos sociales y constitución de ciudadanía (Fleury, 2000; Danani, 2012). Se debe tener en cuenta que los procesos generadores y estructuradores de políticas sociales incluyen múltiples agentes provenientes de diferentes esferas y que los procesos de interacción y negociación entre ellos, sus ideas y representaciones sociales, las prácticas de intervención inciden sobre las políticas sociales e incluso en la definición de la “cuestión social” (Fleury, 2000; Rosanvallon, 2007).

3.1.3 LA CUESTIÓN SOCIAL

La cuestión social supone siempre un vínculo estrecho entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en redes sociales y sistemas que cubren los riesgos de grupos e individuos (Castel, 1997). Ahora bien, la cuestión social no se presenta como tal (como contradicción y virtualidad de la fractura), sino que, en cada época, se particulariza en problemas sociales que son, a la vez, la expresión hegemónica del modo en que se interroga, interpreta, resuelve, ordena y canaliza la misma. El problema para ser definido debe atravesar un proceso de hegemonización, a partir del cual se le imponen los términos que lo nominan, describen y que especifican su

contexto de referencia (económico, cultural, etc.), al cual es remitido (Castel, 1997).

La aflicción de un grupo social no es por sí un problema social, a menos que sea constituida como tal por la acción eficaz de sujetos interesados en imponer un cierto estado de cosas (perjudicial desde algún punto de vista), como una situación problemática para la sociedad en su conjunto; o porque las condiciones de tal aflicción tienen ya una significación social tal, que cuestionan la legitimidad del sistema institucional por sí mismas. En tal caso, la disputa es por los términos en que se imponen y el contexto en el cual se definen y enmarcan las soluciones. Por esta razón, un problema social no es tal por su dimensión absoluta, aunque el número de afectados devenga parte de la disputa por su significación y sea muchas veces, el único argumento de validación del problema. Los problemas sociales surgen cuando se instala la cuestión social en la esfera pública y es legitimada por la acción social del Estado. Las acciones del Estado en materia social tienen una tendencia a puntualizar, a clasificar y a establecer de manera estática los “problemas sociales”. Este carácter estático de los problemas sociales, que los toma de manera transitoria, ha sido subalternizado, minimizado, al mismo tiempo que la desigualdad social fue naturalizada, se parte del supuesto que una vez instalados los problemas sociales en la agenda política del Estado son reabsorbidos por las virtudes del propio sistema, por lo que podrían ser solucionados (Castel, 1997).

El Estado, desarrolla instancias de fuerzas sociales y de consenso. Este juego contradictorio es la dinámica que adquiere la atención de la cuestión social en distintos momentos históricos. Las cuestiones sociales y lo público

son problemas presentes en distintas épocas históricas, que han sido pensadas de diversas maneras de acuerdo a los distintos paradigmas, las construcciones prácticas- teóricas disponibles y los diferentes posicionamientos políticos ante esas realidades. Nuestros interrogantes se producen en torno a cómo fueron contruidos las problemáticas y sus diversos abordajes (Castel, 1997).

De esta manera, si lo social se presenta como cuestión, es decir como interrogante, como un conjunto de circunstancias que interpelan a la sociedad, no solo se liga con la pobreza, se vincula también con formas específicas de esta, con los procesos de pauperización, y su impacto en la vida cotidiana; pero también con otros asuntos que interpelan a la sociedad en su conjunto y que trascienden la esfera de la pobreza, como la locura, la salud, la enfermedad, la conflictividad, los mecanismos de cohesión, los derechos sociales y civiles (Carballeda, 2008).

En la actualidad las cuestiones sociales adoptan nuevas formas, que pueden observarse en ciertas transformaciones: el paso de trayectorias individuales seguras o pronosticables, a escenarios de incertidumbre; de desigualdades jerárquicas basadas en aspectos económicos- materiales, a sociedades atravesadas por la diversificación social y desigualdades múltiples, que desarrollan nuevos modos de exclusión que se adhieren a los primeros (Subirats, 2012).

La crisis del modelo de acumulación capitalista, la desocupación y precarización laboral, las dificultades en el acceso a la vivienda, los cambios en las estructuras familiares, la fragilidad, fragmentación y violencia en los lazos sociales, las tensiones culturales, étnicas, de género, los modos de consumo

que se ligan a nuevos modos subjetivos, y el estallido de instituciones modernas y tradicionales, como la familia, la escuela, la fábrica, conducen a nuevas formas de pensar las políticas que daban respuesta a los problemas sociales (Fernández; 2008; Zaldúa, 2011; Subirats, 2012).

Las políticas diseñadas de manera universalista y acumulativa (a cada demanda una respuesta), se encuentran ante la desintegración social, donde el bienestar es más una demanda personal y comunitaria, que requieren soluciones concretas y específicas; de esta forma, se pasa de una lógica *universal-homogénea y distributiva* a otra de carácter *específico, de reconocimiento y participativa*, que a la vez que lucha contra la desigualdad, reconoce las diferencias y la autonomía individual (Coraggio, 1999).

3.2 EL ESTADO MODERNO Y LA CUESTIÓN SOCIAL

A partir de una serie de variables y atributos, Oszlak define la “estatalidad”, como “el surgimiento de una instancia de organización del poder y de ejercicio de la dominación política que verifica su existencia” (1999, p. 15). El autor considera que, en primer lugar, un Estado Nación debe poder ser capaz de externalizar su poder y ser reconocido como una unidad soberana por otros Estados, como así también tener capacidad para institucionalizar su autoridad y sostener el monopolio sobre los medios organizados de coerción. A estos aspectos se agrega la posesión del Estado de cierto control de la economía: un Estado posee capacidad para diferenciar su control a partir de un conjunto de instituciones públicas legítimas que le permitan extraer recursos de la sociedad civil de forma controlada; por último, debe poder internalizar una identidad colectiva mediante símbolos que refuerzan el sentimiento de pertenencia y

permiten el control ideológico como forma de dominación. Es decir, dentro del proceso de construcción social, la conformación del Estado Nación supone una instancia política que articula la dominación en la sociedad, y la materialización de esa instancia en un conjunto interdependiente de instituciones, que permiten su ejercicio. Según Oszlak el grado de consenso o coerción implícito se halla siempre respaldado por alguna forma de legitimidad, derivada del papel del Estado como articulador de las relaciones sociales y “garante de un orden social que su actividad tiende a reproducir” (Oszlak, 1999, p. 21).

Debe señalarse, que los aspectos propuestos por el autor, no se encuentran sino ex post facto, son categorías que aportan a la caracterización de los modos que asume la estatalidad, pero que no explican necesariamente como se produce el proceso de formación del Estado. Oszlak realiza la salvedad de plantear que el Estado es un aparato institucional y de relación social, un proceso de construcción social. Entendido de esta manera, la formación del Estado Nación implica un desarrollo multicausal y complejo, que no es lineal ni directo.

La formación del Estado es un aspecto constitutivo del proceso de construcción social. De un proceso en el cual se van definiendo los diferentes planos y componentes que estructuran la vida social organizada. En conjunto, estos planos conforman un cierto orden cuya especificidad depende de circunstancias históricas complejas (Oszlak, 1999, p.15).

Por lo cual, es loable afirmar que en el Estado Nación, si bien se encuentran momentos de relativa estabilidad, se presentan diversas circunstancias que implican el juego de luchas de fuerza entre modos estatales previos y proyectos a futuro, como las características específicas locales y las relaciones

entre centro y periferia. Reducir la presencia estatal a un conjunto cristalizado de enunciados, al igual que interrogar por la existencia o no del Estado ante la presencia de contradicciones, conflictos o disensos, reduce el complejo escenario social que el mismo conforma.

La formación del Estado Nación y la resolución de las contradicciones internas, así como las alianzas y resistencias ante la expansión estatal, el proceso de institucionalización, la formación del mercado interno y la definición de centros y periferias en función de un territorio, evidencian la disparidad y diversidad a la hora de constituir un Estado Nación capaz de tener el monopolio de las fuerzas y del simbolismo de la identidad nacional²⁰.

3.2.1 CARACTERÍSTICAS Y SURGIMIENTO DEL ESTADO DE BIENESTAR

Hasta comienzos del siglo XX el modelo imperante fue el *Estado liberal*, basado en la doctrina del liberalismo económico. Para esta concepción, la iniciativa debía quedar en manos de los empresarios y el respeto por la libertad manifestarse en la supresión de toda intervención por parte del Estado: las leyes del mercado funcionaban sin regulación sobre el máximo de horas o condiciones laborales y sin protección social, y la única función otorgada al Estado radicaba en mantener el orden y el control, con el fin de garantizar el buen funcionamiento de la sociedad (Iglesias, 2006).

²⁰ Sumado a lo expuesto, se observa a partir de una serie de trabajos historiográficos centrados en la dinámica provincial en el Siglo XIX, la dificultad de consolidar un orden político central. Esto queda demostrado a partir de los diferentes mecanismos diseñados para controlar y gobernar el territorio, que de cara a la formación de un orden político nacional, produjeron transformaciones en las prácticas políticas: comandantes militares desempeña funciones administrativas y políticas en las campañas, la administración de recursos y organización de sistemas fiscales, el lugar de los ciudadanos en la vida política, demuestran la pluralidad de la dinámica política e institucional provincial (Frega, 2002; Caletti Garciadiego, 2008; Ternavasio, 2009; Bragoni & Míguez, 2010).

El conjunto de necesidades económicas y presiones sobre la sociedad, ocasionaron cambios en las funciones que se le atribuían al Estado, al que se le comenzó a demandar una actitud más activa e interventora, en un intento de corregir las repercusiones negativas del capitalismo sobre la población. Estos factores favorecieron el desarrollo del Estado de bienestar²¹ y la instalación del Estado social de derecho; además de generar estabilidad a partir de la intervención estatal en la disolución del conflicto social tradicional y en la creciente complejidad de la estructura social (Iglesias, 2006).

Las consecuencias de los cambios en los modos de vida, y el desamparo en el que se encontraba el trabajador frente a los riesgos y contingencias sociales, facilitó como respuesta, que el 15 de julio de 1883, se haya presentado un seguro obligatorio frente a los accidentes de trabajo. Esta creación de seguros sociales, fue de interés tanto para el gobierno como para los trabajadores: la inseguridad social de los trabajadores podía convertirlos en un peligro para el Estado, las huelgas y protestas basadas en dañar el capital, y la disminución de la producción por enfermedad, se consideraban deudas que debían ser saldadas en una alianza entre los trabajadores, los patrones y el Estado (Jaramillo, 2005, pp.173-174).

²¹ Si bien el *Estado de bienestar* corresponde al modo político y económico de organizar la vida social propio de las democracias capitalistas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, encontramos dos antecedentes previos de su formación: la primera Legislación Social, pronunciada en Alemania por Otto Von Bismarck, que contemplaba la protección del seguro frente a enfermedad y el establecimiento del primer sistema de pensiones de jubilación (García Guzmán, 2014). Por otra parte, que Herman Heller nomina como “Estado social” a la forma de Estado que surgía en Alemania. En 1919, con el Tratado de Versalles, nace la Sociedad de Naciones, que da origen a la Organización Internacional del Trabajo, este acontecimiento, junto con la Constitución de la República de Weimar de Alemania (1918-1933), dan origen al constitucionalismo social y a los derechos sociales, y se le otorgaba al Estado funciones y responsabilidades sobre un conjunto de servicios (Casal, Arizmendi y Carrillo, 2007).

Las consecuencias de la Primera Guerra Mundial y de la posterior Crisis de 1929, impactaron en los sectores más débiles, quienes más sufrían la miseria y la marginación; este fenómeno tuvo lugar en la mayor parte de los países industrializados y puso en cuestión la no intervención del Estado y el principio del *laissez faire* liberalista. En el Informe Beveridge en Inglaterra (1942) se menciona un Estado benefactor, asistencial o protector, *Welfare State*, a través de la distribución de la renta nacional por medio de seguros y subsidios: un nuevo modelo de Estado comenzó a conformarse, a partir de dar respuesta a necesidades que surgían de la propia legitimación de la nueva organización social.

El modelo neo-corporativo democrático del Estado de bienestar y su política social se basó en los siguientes ejes:

- La ciudadanía concebida como complejo de derechos- deberes referentes al individuo, si este pertenece al Estado.
- El gobierno de la sociedad y la gestión ciudadana, que tiene lugar mediante el compromiso entre el Estado y el mercado, los problemas del bienestar se resuelven como compensación por déficit sobre el mercado.
- Las políticas sociales como expresión del acuerdo entre los actores del Estado y del mercado.

Los Estados de bienestar procuraban garantizar un continuo crecimiento económico, a través de potenciar el incremento del consumo, sin dejar de establecer una garantía de protección social a toda la población. Existía desde esta perspectiva, un consenso o pacto social entre trabajadores, gobierno y empresarios, por el cual el Estado intervenía tanto en la esfera económica, pública o privada, como en la esfera social; se trata de un modelo de economía

mixta: el Estado no sólo regulaba las empresas, sino que además era titular de estas en determinados sectores de la producción. En la búsqueda por conseguir mayores niveles de ocupación en los factores productivos, se estimuló la creación de puestos de trabajo vinculados a la administración pública; mientras que, en base a políticas económicas keynesianas, se produjo una *universalización de la protección social*: toda la población era destinataria de la protección del Estado, por medio de la provisión pública de servicios como educación, salud, sanidad, vivienda o servicios asistenciales, en pos de mantener un nivel de vida mínimo para toda la población.

Titmuss (1981) y Gosta Esping Andersen (1993) han analizado y caracterizado los distintos tipos de Estado de bienestar. El primer autor realizó un análisis que tuvo en cuenta el peso del Estado, el mercado, la familia y la distribución de riquezas; mientras que el segundo introdujo otras variables en su modelo explicativo y tuvo en cuenta la tensión entre el Estado y sus políticas sociales, el mercado, las familias y el entrecruzamiento con la estratificación social, la economía y la organización política.

Titmuss (1981) partió de la clasificación de política social residual e institucional de Wilensky y Lebaux (1965), y diferenció entre Estados de bienestar residuales, meritocráticos e institucionales distributivos. Por otra parte, Esping Andersen²² (1993) consideró que los Estados variaban

²² A partir de sus observaciones, Esping Andersen, presenta distintos tipos de regímenes, diferenciados de acuerdo a su lógica de organización, integración y estratificación social, estos pueden ser agrupados y no existen nunca en un caso puro, estos son el "Estado de bienestar liberal", el "Estado de bienestar conservador y corporativista", y el "Régimen socialdemócrata". **Estado de bienestar "liberal", tiene sus** Sus raíces en la "ley de los pobres del siglo XIX". Este modelo se basa en subsidios sociales modestos y escasos, restringidos a los estratos sociales más bajos. Aquí el Estado posee una intervención mínima en la distribución de la riqueza y las formas de acceder a los derechos son estrictas y marcan al sujeto en su condición. Se estimula a la sociedad a adquirir seguros sociales privados y predomina la ayuda

considerablemente respecto al énfasis puesto en el bienestar social, y se inclinó por una perspectiva más amplia sobre el Estado de Bienestar, para demostrar que no todos son iguales: en cada Estado, la clase de bienestar social que se proporcione, será cualitativamente diferente debido a las características históricas particulares, y el resultado de coaliciones de la clase política y el papel determinante que estos desempeñen en la formación y variaciones de los sistemas de bienestar social.

Si bien esta tipología nos permite definir un régimen de bienestar a partir de considerar tanto al Estado, como al mercado o la familia; el acuerdo sobre el

a los que se comprueba que no tienen medios, a partir de transferencias universales modestas o planes moderados de seguros sociales. El estado estimula al Mercado, este tipo de régimen minimiza los efectos de desmercantilización, limita el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación. El autor ejemplifica estos casos con países como Estados Unidos, Canadá o Australia. En el *Estado de bienestar conservador y corporativista*, Predomina el interés por mantener las diferencias de status, por lo tanto los derechos se vinculan a la clase y status social. El impacto redistributivo de estos estados es insignificante, y la concesión de derechos sociales un tema poco tratado. Estos regímenes, generalmente, están conformados por la Iglesia y están fuertemente comprometidos con la conservación de la familia tradicional, no existe seguro social para quien no trabaja, y el subsidio familiar estimula la maternidad, consecuentemente, el Estado interviene solamente cuando se acaba la capacidad de la familia para atender a sus miembros. Como modelo, el corporativismo se incrusta en una estructura estatal que desplaza al mercado como proveedor del bienestar. *Régimen socialdemócrata*, Se halla conformado por el principio del universalismo y la desmercantilización de los derechos sociales, extendido también a la nueva clase media. Se busca un Estado que promueva igualdad en los estándares más elevados y no solo en las necesidades mínimas. Los servicios y prestaciones se elevan hasta niveles equiparables con los gustos más particularizados de la nueva clase media, esta igualdad de garantizaría a los obreros la completa participación en la calidad de los derechos disfrutados por los más pudientes. Este modelo fuerza al mercado y construye una solidaridad universal a favor del Estado de bienestar, todos tienen subsidios, todos son dependientes y todos se sentirán obligados a pagar. A diferencia del modelo corporativista lo que se busca no es maximizar la dependencia de la familia, sino las capacidades para la independencia individual. Se compromete en una pesada carga de servicios sociales, al suministrar prestaciones directamente a los niños, mayores y necesitados. Este régimen fusiona bienestar social y trabajo y se obliga a defender el pleno empleo y a depender enteramente de su logro.

alcance de esta definición es bastante discutido (Del Valle, 2010). De ello resulta, que diferentes autores señalaran el carácter parcial de la misma, ya que sólo sería aplicable a sociedades complejas. Una segunda crítica al modelo radica en que no se considera la influencia de otros factores, como el tercer sector o la pluralidad de agentes interesados y sus costumbres, prácticas sociales, objetivos, valores, ni la dimensión género y división social del trabajo (Herrera Gómez & Castón Boyer, 2003; Orloff, 2003). De forma similar, otras voces reprochan lo estrecho de la definición de Esping Andersen, al momento de clasificar casos mixtos, y lo poco sensible que este modelo resulta a los cambios (Théret, 2002; Pierson, 2003).

3.2.2 CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR

A partir de la década del setenta comenzó a producirse una crisis económica mundial que condujo a la implantación de un ajuste sobre las políticas públicas, a la privatización de servicios, descentralización de la gestión a ámbitos locales o regionales, y a la corresponsabilidad estatal, movimiento del cual surgió el tercer sector. De acuerdo a lo planteado por Herrera Gómez y Castón Boyer (2003), esta crisis del modelo neo-corporativo del Estado de Bienestar anunció el tránsito a una sociedad post- moderna, en la cual el bienestar se trasladó desde una responsabilidad estatal, a una tarea de la sociedad civil.

La crisis del modelo neo-corporativo sobrellevó una concepción de ciudadanía, que ya no se definía como pertenencia del individuo al Estado, sino como complejo de derechos- deberes de los *sujetos de ciudadanía*. En este modelo las políticas sociales dejaron de coincidir con las políticas públicas y las instituciones estatales, los sistemas de protección social se desreglaron, y los

esquemas universales, dejaron paso a esquemas selectivos, diversificados y orientados a objetivos. El gobierno de la sociedad se ubicó así, entre el Estado y una pluralidad de actores sociales, que podían o no pertenecer al mercado (como las asociaciones del privado social) de esta manera las políticas sociales se tornaron en la redistribución del poder y las iniciativas entre un número diverso de actores de la sociedad. Que el bienestar haya dejado de ser asegurado exclusivamente desde el Estado o por una asociación neo-corporativa, y que recurra a otros sujetos: privado social, tercer sector, familias, redes informales, entre otras, abrió paso a la concepción del *Welfare Mix* (Herrera Gómez & Castón Boyer, 2003).

El *Welfare Mix*, es entendido entonces como un proceso en acto que buscó un nuevo paradigma de políticas sociales, relacional y morfogenético, y que se encontró sometido a tendencias en acto. De esta manera, el concepto de bienestar se amplió y se consideró como el producto y expresión de una lógica compleja: *combinatoria, reticular y emergente*, que además de los términos materiales, incluyó los componentes psico- cultural y relacional. Sobre esa base, el bienestar se concibió como un sistema generativo constituido por las cuatro esferas fundamentales de la sociedad (esfera del mercado, de la política, de la economía social y de las comunidades primarias) y los cuatro tipos de actores (actores de la esfera del mercado, del sistema político administrativo, del *tercer sector* y de las familias y redes informales).

La mencionada *Crisis del Estado de bienestar* ha impactado en el proceso de transferencia de las políticas sociales desde el Estado, a una nueva sociedad del bienestar. Desde esta perspectiva, la política pública debió poner el acento en la responsabilidad de las personas y familias singulares, e incluir

en todos los niveles organismos intermedios, de cooperación, de voluntariado y de gobierno de intereses sociales específicos. De esta forma, la nueva política social debía inspirarse en la solidaridad, en la cooperación, en la interdependencia, y buscar una nueva relacionalidad (Iglesias, 2006).

Se amplía este punto con la presentación de dos enfoques que orientan la definición de las PPS en la actualidad: el enfoque de riesgo y el enfoque de derechos. Antes de adentrarnos en ese punto, se realiza un abordaje conceptual para precisar las nociones de Políticas Públicas Sociales.

3.3 ENFOQUES QUE ORIENTAN LA DEFINICIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES ACTUALES

El estudio de las PPS, puede ser realizado a partir de considerar la perspectiva que las mismas adoptan. En los últimos años, predominan dos enfoques: de riesgo, y de derechos. A continuación se describen ambos, a partir de sus objetivos, modos de respuesta y la concepción de destinatarios.

A. ENFOQUE DE RIESGO

En las últimas décadas del Siglo XX, las ciencias sociales registraron un nuevo modo de codificar los peligros y amenazas de la vida social en las sociedades contemporáneas, basado en técnicas y discursos organizados en función de la categoría de “riesgo” (Mitjavila, 2002; Martino Bermúdez & Vecinday Garrido, 2011). Los enfoques basados en el riesgo, comenzaron a desarrollarse a partir del debilitamiento del Estado de bienestar en la modernidad tardía, y se asentaron en un nuevo modelo de Estado que ya no crea, ejecuta y financia de manera directa, sino que se limita a centralizar y planificar datos, racionalizar la implantación de servicios, fijar normas de

funcionamiento y controlar resultados para orientar a las demás asociaciones. Este poder centralizador del Estado, se acompaña por un fuerte incentivo a la iniciativa privada y la exaltación de los méritos de la beneficencia y el asociacionismo Castel (1984).

Las políticas sociales, enfocadas en la prevención a partir de la detección del riesgo, se corresponden entonces con el modo de gestión que pretende promover un Estado Neoliberal, que conjugue la planificación centralizadora y la iniciativa privada, el autoritarismo tecnocrático y las asociaciones espontáneas de ciudadanos (Castel, 1984).

El Banco Mundial ha sido el organismo financiero internacional que ha promovido con más énfasis la apropiación del enfoque de riesgo en la protección social. A partir del “Post Consenso de Washington”, que pretendía superar los efectos no deseados y fracasos económicos y sociales de la primera generación de reformas, se instó a promover un Estado eficiente, asociado con los mercados para promover un rol facilitador, garante de su libre funcionamiento y que lo complemente a partir del desarrollo y producción de bienes y servicios no rentables para el capital. En esta categoría se incluyen los servicios sociales para quienes no alcanzan a satisfacer de manera autónoma sus necesidades en el mercado.

Definir el riesgo no es tarea sencilla, esta noción se ha transformado en un instrumento abierto a la construcción de múltiples significados sociales. Algunos autores plantean que su definición es una construcción socio-histórica, que generalmente es concebida en términos no históricos, debido a su lenguaje técnico y científico despolitizado, a razón de las fórmulas y cálculos que caracterizan su definición. Las categorías y conductas que se recortan

como riesgo, son naturalizadas por los individuos y se asimilan a manifestaciones objetivas de la realidad social. Por el hecho de ser el riesgo una construcción que surge del campo de la probabilidad, está investido de cierto nivel de invisibilidad (Mitjavila, 2002).

La existencia y distribución social de los riesgos están mediatizadas por principios argumentativos, ordenados desde el saber científico y términos técnicos, que no son parte de la experiencia cotidiana y del saber popular; ocultan creencias sociales, valores e ideas políticas (Beck, 1998). Desde esta perspectiva la noción de riesgo, es una construcción social compleja entre el conocimiento técnico y científico (Mitjavila, 2002).

Una de las maneras de definir el riesgo, se basa en diferenciar esta noción de la de peligro. Según Castel (1986), la primera no es la posibilidad de que ocurra un peligro concreto para una persona o grupo de individuos, sino que es la relación entre datos impersonales o factores que hacen probable que acontezcan conductas no deseadas. Estos riesgos pueden ser asociados o presentar correlaciones, su presencia basta para desencadenar un señalamiento automático. En consonancia, Luhmann (2006), plantea que la distinción supone que hay una incertidumbre con relación a daños futuros. Puede considerarse que el daño es consecuencia de una decisión, entonces se está ante el riesgo, o se atribuye que el daño puede ser causado desde el exterior y no es responsabilidad del individuo, en este caso se trata de peligro.

El enfoque de riesgo como instrumento, permite combinar una estrategia de gobierno que toma a los individuos y a las poblaciones como su objeto, y permite seleccionar los servicios y cuidados por implementar para las poblaciones objetivo de los mismos (Mitjavila, 2004). Las políticas que se

implementan ante el riesgo, consisten en prevenir, es decir, en vigilar y la acción social cubre un amplio campo de intervenciones con objetivos cada vez más específicos. Es necesario anticiparse a los acontecimientos no deseados como anomalías, enfermedades, actos delictivos, en poblaciones detectadas como portadoras de riesgo a partir de la estadística (Castel, 1984). Este enfoque, presenta una nueva perspectiva respecto a los objetivos de la sociedad disciplinaria, las nuevas políticas preventivas economizan la relación de inmediatez, a partir de tratar con factores y correlaciones estadísticas, en lugar de hacerlo con individuos. El sujeto concreto de la investigación es dejado a un lado, para reconstruir una combinatoria sistemática de todos los agrupamientos posibles de producir riesgo y anticipar todas las formas posibles de irrupción del riesgo, que no consiste en un peligro concreto para una persona o grupo, sino en la relación de datos impersonales que hacen probable que acontezcan conductas indeseables (Castel, 1986).

El enfoque de riesgo implica un intenso debate respecto de los alcances y consecuencias que presenta para las vidas de los individuos. Entre estos debates, se presentan argumentos que señalan que el dispositivo de riesgo presenta distintas dimensiones estrechamente vinculadas entre sí: la gestión técnico- burocrática de las poblaciones y la individualización del riesgo social. Se asiste de esta manera, a una estrategia general de gestión de las diferencias, de las fragilidades y de los riesgos, características de las sociedades actuales (Mitjavila, 2002).

El saber técnico (como podría ser el saber médico-psicológico), apoyado en tecnologías como la informática y la administración de la Acción social, se convierte en un instrumento de gestión diferencial de las poblaciones y provee un código científico de objetivación de las diferencias, que permite la detección sistemática. Los profesionales pasan a conformar un tercer elemento en el dispositivo que conforma al Estado Neoliberal. Intervienen a partir de un saber y competencia específica, prestan sus servicios al mercado del trabajo, y negocian sus condiciones de empleo (Castel, 1984).

Al introducir la informática, los espacios de gestión política y administrativa son dotados de nuevos medios de trabajo, esto produce una reorganización de las bases materiales y simbólicas en la detección de los problemas sociales, tanto a nivel de los individuos como de la población. Es decir, que se instituye la creación de nuevas competencias y una redefinición de los papeles tradicionales de los agentes técnicos y burocráticos. El tratamiento informático se basa en una disolución de las particularidades de los individuos, para conservar un conjunto de datos abstractos en términos de factores de riesgo (Mitjavila, 2002).

Las estrategias preventivas pasan a economizar y reorganizar las relaciones interpersonales en las cuales se sustentaba la gestión de la vida social. Castel, denomina a este fenómeno “crisis de la clínica” o paso de una clínica del sujeto a una clínica epidemiológica, el examen pericial puntual y diversificado suple la relación médico-enfermo (Castel, 1986).

Las políticas y programas sociales concebidos desde esta perspectiva técnica, apelan a los criterios de eficiencia y la racionalización de la provisión

de servicios, se asocian al uso eficiente de recursos financieros, materiales y humanos. En nombre de la eficiencia, se justifican medidas políticas dirigidas a la racionalización de los recursos financieros, económicos, materiales, humanos y técnicos vinculados a la asistencia social (Ayres, 1995).

A partir de las prácticas del modelo tecno- burocrático y su arbitraje, se decide si un individuo o grupo se encuentra en condiciones de tener o no acceso a beneficios sociales. De esta manera se determina la población destinataria y el flujo de acciones sociales a las cuáles será dirigida. Esta práctica opera en detrimento de los enfoques clínicos, enfocados en los sujetos y sus situaciones particulares (Castel, 1984; Mitjavila, 2002).

INDIVIDUALIZACIÓN SOCIAL Y RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

Otra de las dimensiones características de los enfoques de riesgo, está dada por la individualización de los riesgos y el desarrollo de técnicas para incitar, orientar, informar y controlar a los individuos y las familias respecto de las probabilidades que ocurran acontecimientos indeseables (Mitjavila, 2002).

La noción de individualización social refiere a la responsabilidad individual frente al manejo de la propia vida, atribución que deriva de la percepción y el tratamiento de los problemas sociales como si fuesen problemas individuales (Martino Bermúdez & Vecinday Garrido, 2011).

El discurso de riesgo en salud presenta dos perspectivas: por un lado, la noción de peligro denota un riesgo externo sobre el cual la población no tiene control, tal es el caso de contaminación ambiental, o exposición a residuos químicos o nucleares, con este criterio se define a la “población en riesgo”, que se caracteriza por su vulnerabilidad o exposición a un peligro exterior; una

segunda noción, pone el foco en el riesgo como consecuencia del *estilo de vida* que llevan las personas, o *población de riesgo*. Sobre el concepto de estilo de vida, gira la construcción de trayectorias biográficas, y son justificadas intervenciones de vigilancia, control y castigo sobre los individuos y sectores de la población que no construyen *estilos de vida saludables* o *correctos*. El énfasis se ubica en las decisiones de los individuos y su capacidad de auto-control. Los individuos son convocados, por medio de campañas en medios masivos de comunicación, a revisar sus conductas y modificar aquellas que constituyan un riesgo para su vida o la de terceros. El objetivo de estas acciones es aconsejar y facilitar que el individuo tome conciencia y se eduque respecto al riesgo al que se expone y modifique sus decisiones en consecuencia (Lupton, 1993; Mitjavila, 2002).

El Estado economiza y racionaliza sus energías, y se sirve de la energía de los gobernados y los aportes tecnológicos de la informática y las TICs (Martino Bermúdez & Vecinday Garrido, 2011).

Esta perspectiva resulta reduccionista, ya que no tiene en cuenta los factores sociales y culturales que pueden estar detrás de aquello que tecnocráticamente se define como “conducta de riesgo”, supone que la educación y la toma de conciencia reorientaran el rumbo de las conductas de los individuos, y no tiene en cuenta que la mayor parte de las veces, quienes son considerados “población de riesgo”, en realidad forman parte de poblaciones relegadas en sus derechos, con un acceso desigual a derechos sociales y en situación de desventaja económica. Como respalda adecuadamente Castel (1997), aparece una tendencia a exigir, precisamente a los individuos más desestabilizados, que puedan actuar como sujetos

autónomos. En cierta medida, los procesos de individualización, privan a las distinciones de clase de su identidad. Eso no significa la desaparición de las desigualdades sociales basadas en clivajes tradicionales, pero sí su redefinición en términos de una individualización de los riesgos sociales: los problemas sociales pasan a ser percibidos en función de disposiciones psicológicas o familiares. Las crisis sociales se presentan de ese modo como crisis individuales y, debido a eso, no se percibe su anclaje en el dominio social (Beck, 1998).

EL RIESGO COMO MECANISMO DE ARBITRAJE

A partir de priorizar un saber técnico en la delimitación de riesgos y de apelar al criterio de conciencia en la población sobre sus conductas de exposición, se emiten juicios médicos sobre los estilos de vida de los individuos, y se realizan arbitrajes sobre los individuos que implican la autorización o limitación al acceso, al trabajo, a los seguros privados o a cuidados médicos.

El riesgo dirige cada vez más los discursos y prácticas en muchas de las circunstancias de arbitraje social, ya que son utilizados para legitimar políticas o para desacreditarlas. Como dispositivo opera en términos auto-referenciales, y el acceso de sectores pobres urbanos a servicios de asistencia social ya no se determina en función de necesidades, derechos o demandas observables, sino en la probabilidad de que en un futuro presenten un riesgo (Mitjavila, 2002).

B. ENFOQUE DE DERECHOS E INCLUSIÓN SOCIAL

El *Enfoque de derechos humanos e inclusión social*, toma como marco conceptual ordenador, el derecho internacional sobre los derechos humanos. En Argentina, la incorporación de los tratados de derechos humanos a la Constitución Nacional favoreció el proceso de transformación de estructuras en la sociedad a través de herramientas legales y el reconocimiento de los derechos económicos, culturales y sociales, considerados del mismo origen, mismo titular y destinatario que los derechos civiles y políticos (Gherardi & Zibecchi, 2011).

Victor Abramovich y Christian Courtis (2002), exponen como fundamento normativo, más allá de todas las Constituciones Estatales, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, y los distintos tratados de Derechos Humanos, como la Convención Interamericana, el Convenio Europeo de Derechos Humanos y los Principios del Tratado de Maastricht.

En esta misma línea, Naciones Unidas define el *Enfoque de Derechos Humanos* en base a normas internacionales, se trata de un marco conceptual operacional para el proceso de desarrollo humano, orientado a la promoción y protección de derechos “Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro del desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo” (OACDH, 2006, p.22). Sobre esta base, se considera que todos los derechos son reclamables, indivisibles, interdependientes y universales y el Estado se encuentra obligado a la promoción y protección de los mismos en su integralidad. En el cono sur, el concepto de Derechos Humanos surgió como

respuesta a las Dictaduras de la década del setenta, y fue considerado un medio para limitar formas abusivas del uso del poder por el Estado, a partir de señalar las conductas que este no debería tener, como torturar, discriminar, privar arbitrariamente de la vida, entrometerse en la vida privada de las personas. En la actualidad, ya no se trata de un decálogo de restricciones para los gobiernos, sino que se incluyen también los derechos positivos, es decir las obligaciones de respetar, proteger y cumplir (Abramovich, 2006).

Este enfoque implica por primera vez el nacimiento de las *obligaciones positivas del gobierno*, traducidas en políticas públicas. Los Derechos Humanos, entendidos como principios, se vuelven guía ordenadora de las obligaciones de los gobiernos y del alcance de la participación social y mecanismos de control y responsabilidad a nivel local e internacional. Esto permite orientar la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. Al reconocer a los sectores excluidos como titulares de derechos que obligan al Estado, se modifica la lógica de políticas elaboradas para la asistencia de personas con necesidades, por la de sujetos con derecho a demandar prestaciones y conductas (Abramovich, 2006; Pautassi, 2010).

No existe diferencia de estructura entre los distintos tipos de derechos fundamentales, y todos los comportamientos que lesionan estos derechos, son justiciables, sancionables o reparables. Por esta razón, también son o pueden tornarse justiciables las violaciones de los derechos consistentes en omisiones, en la falta de prestación de su objeto (Abramovich, & Courtis, 2002). De esta manera, los Derechos Humanos dejan de considerarse un límite a la opresión y al autoritarismo, para constituir un programa para guiar u orientar las políticas

públicas de los Estados y contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas (Abramovich, 2006).

Laura Pautassi (2000), sostiene que el *Enfoque de derechos* además de ser un corpus de principios internacionales, debe considerar la interpretación que realizan de los mismos los comités de pactos y otras instancias regionales e internacionales, con el fin de impactar en políticas que realmente garanticen procesos democráticos; a fin de alcanzar este objetivo es fundamental fortalecer mecanismos internos de protección de derechos, como el acceso y administración de la justicia, el control horizontal, las instancias de participación política, defensorías del pueblo o procuradores de derechos humanos.

Estos controles son necesarios a razón que las políticas sociales atraviesan numerosas tensiones y pueden por momentos volverse en situaciones contrarias a derechos. Desde este punto, la garantía de inclusión y derechos es difícil de alcanzar en la práctica, dificultad intrínseca de la política social. Sin ir más lejos, en América Latina, durante los últimos años del Siglo XX, se han realizado numerosos esfuerzos conceptuales para promover la inclusión social a partir de la experimentación sucesiva de programas, planes y políticas, sin que se establezcan la prestación, ni el efectivo acceso a bienes y servicios. Es decir, que las acciones de los gobiernos en materia de política social se desplegaban entre ser verdaderamente garantes de derechos sociales y promotoras de cambios y transformaciones en los procesos sociales, o constituir un instrumento de control social; esta dicotomía presente en este tipo de políticas condujo a un “proceso de debilitamiento del concepto política social” (Pautassi, 2000).

El *Enfoque de derechos* y la garantía de inclusión social, permiten dar una respuesta certera a los derechos sociales, el derecho de los pueblos indígenas o el derecho a un ambiente sano, y a los derechos humanos con jerarquía internacional, como son el derecho a la vivienda, la educación y la salud.

De forma similar, Victor Abramovich (2006) afirma que, paradójicamente, durante mucho tiempo las políticas de desarrollo y los Derechos Humanos han ido por carriles paralelos. Una de las principales críticas a que las políticas asuman el enfoque de derechos, se debía a lo ambiguo del contenido de las obligaciones que emanan de los derechos o que pueden resultar demasiado rígidos e inconvenientes para la libertad de diseño de políticas de desarrollo. No obstante estos argumentos, los Estados tienen un margen importante de autonomía para las opciones de políticas públicas que les permitan cumplir con sus obligaciones.

Los Estados tienen un margen importante de autonomía para decidir las medidas específicas que adoptarán con el fin de hacer efectivos los derechos, lo que es esencial para compatibilizar el enfoque basado en derechos con los procesos nacionales de definición de estrategias de desarrollo y de reducción de la pobreza (Abramovich, 2006).

De esta manera, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, sólo ofrece el marco conceptual, los estándares que sirven para el marco de políticas de los Estados, de ninguna manera las formulan. Sin embargo, sostienen, orientan y evalúan el cumplimiento de sus principios medulares: los de inclusión, participación y rendición de cuenta y responsabilidad. Estas pautas se utilizan para:

Desarrollar una matriz útil en la definición de las políticas y estrategias de intervención tanto de los Estados como de los actores sociales y las agencias de cooperación para el desarrollo, como también para el diseño de acciones para la fiscalización y evaluación de políticas públicas (Pautassi, 2010, p.2).

PRINCIPIO DE INCLUSIÓN

Los Estados tienen como obligación la no discriminación, pero además, las políticas que desarrollen deben adoptar medidas afirmativas para garantizar la inclusión de grupos discriminados, identificar poblaciones que requieren atención prioritaria y protegerlos.

PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN

Este es un principio clave para identificar las necesidades y prioridades a nivel local o comunitario e implica el ejercicio de derechos civiles y políticos. La participación es parte de todo el proceso de decisión de políticas públicas, tanto en identificar necesidades, en el diseño de las políticas como en la evaluación.

ACCESO A LA JUSTICIA

El sistema Interamericano de Derechos Humanos, ha reconocido la necesidad de delimitar principios y estándares para el debido proceso judicial y tutela judicial efectiva, para todos los casos de vulneración de derechos económicos, sociales y culturales. Es frecuente que la desigual situación social o económica de los litigantes se vea reflejada en una desigual posibilidad de defensa. Para proteger estos derechos el Estado tiene la obligación de remover obstáculos económicos para el acceso a tribunales, garantizar el debido proceso en los procedimientos administrativos, judiciales y el derecho a la tutela judicial de derechos sociales, individuales y colectivos. De esta manera,

el acceso a la justicia se considera una garantía para los derechos económicos, culturales y sociales.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

La consideración tradicional de la libertad de expresión y prensa, tradicionalmente situada entre los derechos sociales y civiles, ha adquirido dimensiones sociales que cobran cuerpo, a través de la formulación de la libertad de información como derecho de todo miembro de la sociedad (Abramovich, & Courtis, 2002).

CAPITULO IV. POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES EN SALUD

EN ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se despliegan las principales características que adoptó el Sistema de Salud en Argentina, y los cambios que las PPS en salud han presentado de acuerdo a los diferentes modos de concebir al Estado.

A partir de considerar que las PPS no pueden ser definidas con una única noción, son múltiples, y se vinculan tanto al modelo de Estado vigente, como a las ideologías, sentidos y concepciones sobre ellas (Aguilo, 2005; Alfaro, 2012), es que en el capítulo previo se han precisado algunos cambios ocurridos en los modos de concebir la estatalidad y las políticas sociales. Es decir, que la modalidad que adopta el Estado, impacta en la concepción de salud, las decisiones que se toman al respecto en la esfera pública y en su tratamiento (Testa, 2007).

Las PPS garantizan acciones estatales para enfrentar los problemas de una población, priorizan la equidad y contienen siempre la esencia de una política de salud. La noción de Política Pública Saludable, surgió a partir de la Conferencia de Ottawa (1986), fue tema de la Conferencia de Adelaida (1988), y se utiliza para referirse a las políticas que tienen una influencia en los determinantes de la salud (Restrepo, 2002).

Desde la OPS, se define al *sector salud* como:

El conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a promover, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos, investigar y capacitar en salud (OPS, 2005, p.8).

En este sentido, el *sector salud* se diferencia del *sistema de salud*, ya que este último implica al conjunto de instituciones, públicas, privadas, con o sin fines de lucro, nacionales o sub-nacionales, que tienen como objeto proteger la salud de las personas (OPS, 2005). Este sistema es considerado en la Constitución, como un derecho básico de la población, y se ratifica en normativas, códigos sanitarios y legislaciones, y en las relaciones con otros subsistemas (Desarrollo social, Seguridad Social, Educación, Formación de recursos humanos) (Bang, 2014).

4.1 ESTADO BENEFactor Y TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En el capítulo previo, se presentó la clasificación realizada por Esping-Andersen (1993), respecto a los modos que asume el Estado de bienestar, a partir del modo en que se concibe la relación entre la economía, el mercado, la familia y el bienestar posible de proporcionar a la población. Roemer (1990), plantea una tipología para los sistemas de salud: en primera instancia *el régimen comercial o de mercado*, que se corresponde con el modelo de *Estado bienestar liberal*, minimiza la protección social como derecho social sin ligarlo a la situación laboral. En este modelo se realiza una división entre quienes dependen de la asistencia pública, que son quienes poseen y acreditan tener menos recursos, y quienes están afiliados a esquemas privados de protección,

por afiliación voluntaria, aseguradores, proveedores, beneficios de acuerdo a contratos; al primer grupo se le asignan montos mínimos y prestaciones limitadas, que no reemplazan el ingreso y tienen como finalidad apoyar una transición hacia la reincorporación al mercado laboral.

El Seguro de Salud de Carácter Social, corresponde al modelo de *Estado bienestar corporativista y conservador*, presenta una cobertura limitada a los contribuyentes, y ocasionalmente a sus dependientes. Se basa en un sistema tripartito: Estado, empleadores y empleados; en base al empleo formal, los trabajadores presentan una afiliación obligatoria. En este modelo el Estado interviene cuando la capacidad de las familias para atender las situaciones problemas se agota.

Por último, y en base al marco *social-demócrata*, el *Servicio Nacional de Salud*, se caracteriza por una cobertura universal y el financiamiento en base a impuestos y gestión centralizada, provisión pública con baja vinculación a prestadores privados. Este sistema busca apoyar a las familias antes de que estas no puedan solventar sus necesidades, se encarga especialmente del cuidado de los sectores más vulnerables (niños, ancianos, indigentes). Los programas que se desarrollan a partir de esta perspectiva, cubren las expectativas de diversos grupos, de manera que los beneficios que alcanzan son diferentes para cada quien, a pesar de gozar todos de los mismos derechos. Estos modelos tienen carácter de *ideales*, es una categorización realizada exclusivamente con fines analíticos, y no puede encontrarse en su forma pura en ningún país (Roemer, 1990).

Otra clasificación que es posible de ser realizada, siguiendo a Demarche, (2004), se basa en la extensión que es capaz de tomar el sistema de salud, o la

unidad o fragmentación que presenta. En el primer arquetipo, *los sistemas únicos*, el Estado es el principal proveedor de servicios, de financiamiento y seguridad al interior del sistema, como único actor institucional, se acompaña de algunas entidades descentralizadas, que siempre se encuentran bajo su órbita. En segundo lugar, en los *sistemas mixtos*, operan distintos sectores: público, privado, obras sociales; aquí el Estado participa concentrándose en quiénes tienen menos recursos, funciona como última alternativa en casos donde los usuarios no pueden financiarse en los otros subsistemas. En este sistema el seguro público o social coexiste con prestadores privados, y la inscripción en el seguro está dada por la cualidad de ciudadano, de esta manera, el modelo funciona como un prepago financiado con aportes del Estado, los trabajadores y empleadores. A su vez, el *subsistema privado*, se divide entre quienes operan con fines de lucro y aquellos sin fines de lucro: ONG's, organizaciones de servicio de salud y sistemas comunitarios.

De la interacción e integración, fragmentación o segmentación, que exista entre los distintos subsistemas o el sistema único, va a depender la capacidad y alcance de respuesta a la población.

4.2 MODALIDADES DEL ESTADO EN ARGENTINA Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES EN SALUD

Es posible afirmar que en Argentina se presentan vaivenes respecto al alcance que la intervención del Estado debe tener para conseguir el objetivo de bienestar en la población. Mientras que en diferentes partes del mundo, hasta los primeros años del Siglo XX, sólo se observó la presencia de ciertas campañas sanitarias, en Argentina, entre fines del siglo XIX y principios del XX,

los problemas que constituían la cuestión social, como la pobreza, la criminalidad, la prostitución, las epidemias, el hacinamiento habitacional, la conflictividad obrera, comenzaron a ser abordados desde diferentes disciplinas (Talak, 2010). La medicina y el higienismo se ocuparon de los problemas de salud de la población, como la falta de higiene, el crecimiento urbano, el hacinamiento habitacional, en base al uso de la estadística y la bacteriología moderna (Vezzetti, 1985).

El liberalismo argentino intentaba “conjugar la defensa doctrinaria de los derechos individuales con la necesidad de construir un Estado Nación fuerte y centralizado” (Talak, 2010, p.311). La biología evolucionista y la lectura médica, que interpretaba los procesos sociales en términos naturalistas, permitieron que se establezca una relación entre evolución, progreso y normalidad, a partir de la cual los conflictos sociales fueron considerados desadaptaciones de la sociedad. Esta mirada *clínica médica* identificaba la intervención del médico con una función civilizadora (Talak, 2010). Las medidas que se proponían para la prevención y tratamiento tenían su fundamentación en la estrategia política de la disciplina; lo técnico y lo moral se presentaban indisociados: la marginalidad, la locura, la prostitución, se visualizaban como formas de desorden público, o degeneraciones, sobre las que el Estado debía intervenir. La salud y lo moral eran las principales características de una Nación civilizada. Se presentaban en este período estrategias estatales intervencionistas, reglamentaciones, prohibiciones y vigilancia, sobre un sector delimitado de la población, con el objetivo de *cuidar la salud del pueblo*: de la mano de un tutelaje político, se estableció un tutelaje sanitario (Talak, 2010).

Durante las décadas del cuarenta y cincuenta en Argentina, se vivenció un apogeo del Estado Regulador-Interventor; en el campo de la salud las acciones regulatorias e intervencionistas se intensificaron a partir de 1944. En este movimiento, se dejó de lado la Política Sanitaria regional del período anterior (que además fue duramente cuestionada en su eficacia), por una política en consonancia con acuerdos internacionales, que además, continuaba la forma hegemónica de asistencia psiquiátrica (Aguilo, 2005).

En Argentina, durante el gobierno de Perón (1946-1955), cobraron fuerza las intervenciones públicas centralizadas y coordinadas que, enmarcadas en el desarrollo del aparato estatal, se inscribieron en la relación entre los sindicatos y el Estado. En este período del Estado Nación se incrementó la política crediticia para la vivienda y la cobertura legal provisional de la población activa (restringida, no llegó a los trabajadores autónomos rurales y urbanos). Paradójicamente, las dictaduras militares de este período (Revolución Libertadora (1955-1958) y Revolución Argentina (1966-1973)), aún cuando postulaban revisar todo lo actuado, no hicieron más que legalizar y fortalecer la modalidad y particularidad de las principales políticas sociales del período previo (Aguilo, 2005).

Este modelo de intervención estatal, se interrumpió con el Rodrigazo en 1975, a partir de allí se instauró el capitalismo financiero en el país, que se consolidó con la última dictadura cívico militar en 1976. En el año 1978 se inició un proceso de descentralización hacia las provincias, que se completó en la década de los noventa, y significó la transferencia de responsabilidades sin el correspondiente traspaso de recursos financieros del ámbito de nación a las provincias y municipios (Agosto, 2012). A continuación se puntualizan algunos

aspectos principales de las diferentes políticas empréndidas en los diferentes momentos señalados.

4.2.1 LA POLÍTICA SANITARIA DE RAMÓN CARRILLO (1946-1954)

Ramón Carrillo, el Primer Ministro de Salud que tuvo la República Argentina, profundizó en áreas en las que el Estado no se había interesado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil (Pérgola, 2009). Ramón Carrillo, consideraba que no existía ninguna incompatibilidad funcional en los hospitales generales para tratar las enfermedades psiquiátricas, su objetivo era hacer del manicomio un hospital, ya que por la forma en que eran tratados los enfermos se asimilaba a un *reducidero humano*. Planteaba que, de existir algún inconveniente para implementar este proyecto, este sólo estaría en la cabeza de los clínicos que no sabían psiquiatría. Siguiendo esta línea, consideraba necesario aumentar a 60.000 las camas para asistencia de las personas afectadas, que en ese momento rondaban las 20.000 (Carrillo, 1949). En esta línea, Carrillo, propuso sustituir la nominación de *alienados mentales*, que ligaba al paciente a los hospicios de alienados, por la de *enfermos mentales* que lo ubicaba en el campo general de la salud- enfermedad. Como órgano técnico para la profilaxis de las enfermedades mentales y servicio auxiliar de los hospitales mentales, propuso los Centros de Psiquiatría Preventiva, un servicio pre-hospitalario que consistía en la preparación del paciente y su familia ante la nueva situación creada, ejercer vigilancia sobre los enfermos dados de alta y tener una relación directa con todos los problemas del servicio social. Se trataba de un centro médico cuya acción no se cumplía dentro de sus muros sino fuera de ellos, en

el ámbito económico-social y familiar; esta gestión editó el Plan Analítico de Salud Pública de la Nación.

El Ministro de Salud Ramón Carrillo renunció a su cargo en 1954, y en 1956, tuvo que exiliarse en Brasil, perseguido político por el gobierno de Aramburu, que lo calificó de *prófugo* (Pérgola, 2009).

Con la *Revolución Libertadora* (1955-1958) se pretendió sin éxito reducir el sistema de salud, a partir de una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios (Aguilo, 2005; Agosto, 2009). Sin embargo, a pesar del gobierno de facto y el auge del desarrollismo en América Latina, en este mismo periodo se plasmaron tres hechos fundamentales para la salud mental: la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (1957); la creación de las primeras carreras de Psicología en el país (Universidad Nacional del Litoral, Rosario, en 1956, Universidad Nacional de Buenos Aires en 1957, Universidad Nacional de La Plata 1958, y la creación en 1956 de uno de los primeros servicios de Psicopatología en un hospital general (Policlínico de Lanús Araóz Alfaro), dirigido por Mauricio Goldenberg (Chiarvetti, 2008).

4.2.2 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Este Instituto se creó a partir de la Ley Inglesa de 1944 que proponía el Seguro de Salud y el Servicio Nacional de Salud Mental del gobierno laborista (Galende, 2014). La creación del Instituto, en 1957, se aprobó rápidamente mediante el Decreto Ley n° 12.628, y continuaba las recomendaciones del Jefe de Salud Mental de la OMS en Ginebra. Se proponía prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, prestar asesoramiento técnico en la materia, brindar una asistencia integral a los enfermos y promover la investigación

(Carpintero & Vainer, 2004). Se implementó también una Comisión Nacional Asesora de Salud Mental (CNASM), con atribuciones para elaborar y actualizar permanentemente un programa de atención de la Salud Mental para todo el territorio de la Nación. La dirección técnica y administrativa del organismo fue, ejercida por el Consejo Nacional de Salud Mental (CNSM) (Chiarvetti, 2008).

Con la creación del Instituto se puso de manifiesto la relación entre las PPS en salud mental, y las normativas y legislaciones a nivel internacional.

4.2.3 POLICLÍNICO DE SALUD MENTAL “LA EXPERIENCIA LANÚS”

En contraste con el único recurso disponible de la internación en manicomios, Goldenberg desarrolló, en pocos años, programas totalmente pioneros, tanto en América Latina como en Europa. Propuso sectores de internación abiertos en el hospital general, con servicios de interconsultas psiquiátricas para pacientes de otros sectores del hospital y sectores de consultorios externos para niños, adolescentes, adultos y mayores, que ofrecían contactos gratuitos con pacientes y familias. Por otra parte, también puso en funcionamiento servicios de extensión comunitaria con consultorios en barrios y hospitales de día y una residencia en psiquiatría con una formación alternativa a la psiquiátrica tradicional, de modelo interdisciplinario y bio-psico-social, capaz de integrar la clínica psiquiátrica, la psicofarmacología, enfoques comunitarios, psicodinámicos y sistémicos, terapias breves, individuales, grupales y familiares (Sluzki, 2006).

El primer mérito de Goldenberg fue haber roto con el obstáculo originario que caracterizaba a las intervenciones en Psiquiatría: el discurso de la Higiene Mental, no se trasladaba a la práctica, y se reducía a un tratamiento veloz de

los trastornos que desplazaba las formas más llamativas de la locura por formas silenciosas. Estas modalidades no transformaban en realidad los viejos manicomios (Vezzetti, 2006).

En el siguiente capítulo se profundiza sobre las diferentes PPS en salud en Argentina, y se observará como cada una de las acciones emprendidas en salud mental constituyeron diferentes intentos y líneas de sentido que fueron interrumpidas y reiniciadas en diferentes ocasiones, mientras que los representantes y defensores de este paradigma han sido atacados, asesinados, desaparecidos o forzados al exilio, como en el caso de Goldenberg.

4.2.4 LA PARADOJA DE LA DICTADURA MILITAR Y LA REFORMA DEMOCRÁTICA DE LA PSIQUIATRÍA

Durante la dictadura de Onganía (1966-1970), se nombró al Coronel Julio Ricardo Estévez como interventor del Instituto Nacional de Salud Mental, quién promovió el Plan de Salud Mental de 1967, e incorporó Comunidades Terapéuticas en los asilos (Galende, 1990, Chiarvetti, 2008). Nuevamente esta reforma se hizo sin la correspondiente discusión en el Congreso. El 24 de enero de 1967, se sancionó el Decreto Ley n°17.132, con el que se buscó instaurar el poder de lo médico en la distribución de funciones y reconocimientos en el nuevo campo de lo mental. La legislación 17.132, sancionada en abril de 1967, reguló el ejercicio del psicólogo, otorgándole un lugar como colaborador del médico. El psicoanálisis y los procedimientos psicoterápicos en el ámbito de la psicopatología quedaron así reservados a los profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina²³ que vino a reforzar la

²³ Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas. Ley 17.132 de 24 de enero de 1967

Resolución 2282 de Carrillo (1954) y a regular el ejercicio del psicólogo como colaborador/auxiliar del médico (Falcone, 1997).

Por otra parte, se realizó una modificación de la legislación sobre las internaciones: se reformuló el artículo 482 del Código Civil y se propusieron dos proyectos de Ley para legislar la internación de los enfermos mentales. El planteo residía en que, a diferencia de la clínica médica, en la clínica psiquiátrica la internación era necesaria porque las alteraciones psíquicas trascendían lo individual.

Finalmente, se debilitó la presencia del sector público en el campo de la salud y se promovió el desarrollo del sector privado reforzado por el cambio de modalidad de operación de las obras sociales que de prestadoras directas, pasaron a ser intermediarias entre sus afiliados y el sector privado. Este proceso se consolidó con la sanción de la Ley 18.610 de Obras Sociales de 1970, que otorgó el manejo de las mismas a los sindicatos y estableció un piso de contribución para trabajadores y empleadores para su financiamiento (Aguilo, 2005).

4.2.5 SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Con el retorno de la democracia al país, durante la presidencia de Héctor Cámpora, y luego durante la tercera presidencia de Juan Domingo Perón, el Secretario de Salud Pública de la Nación, Dr. Domingo Liotta, marcado con una fuerte impronta de las ideas del primer Ministro de Salud de la Nación, Ramón Carrillo, intentó darle un rol central al Estado en su normativa, financiamiento y conducción. Nuevamente se apuntó a una política amplia en gestión de salud. Con la Ley Liotta n° 20.748, el Sistema Nacional Integrado de Salud, pasaba a

ser responsabilidad del Estado, tanto la dirección como la financiación del sistema de salud, que debía cubrir a todos los argentinos por igual. Se declaraba a la salud como un derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina, el Estado Nacional debía asumir la responsabilidad de efectivizarlo, sin ningún tipo de discriminación. Sobre esa base, se remediaba la omisión del texto constitucional vigente en ese momento (la Constitución de 1853) que no incluía al derecho a la salud entre los resguardados por la Carta Magna. Con una fuerte oposición de la conducción sindical del momento, logró su máximo desarrollo entre los años 1974 y 1977 y fue finalmente derogada por la última dictadura cívico militar. El Sistema Nacional Integrado de Salud se implementó plenamente sólo en cuatro provincias (Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis) (Ierace, 2013).

4.2.6 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En septiembre de 1978, se realizó la Conferencia Internacional en Alma-Ata con el lema *Salud para todos en el año 2000*, en la que se destacó la importancia de la Atención Primaria de la Salud (en adelante: APS), como estrategia para mejorar el nivel de salud de todos los pueblos. La APS, representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud e implica educación en salud, promoción de suministros adecuados de alimentos, agua segura y saneamiento básico, atención materno- infantil y planificación familiar, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas locales, así como también participación comunitaria (Dubcousky, 1973).

En la *Declaración de Alma-Ata* la APS fue definida como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS, 1978).

En este documento se hizo hincapié en que el pueblo (de igual manera la comunidad como el individuo) tiene el derecho y deber de participar en la planificación, aplicación, control y organización del sistema; y los gobiernos el deber de cuidar de sus pueblos, formular políticas, estrategias, y planes nacionales para mantener la atención primaria de la salud. La APS se orienta hacia los problemas de salud de la población y brinda los servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación (OMS, 1978).

Lemus (2001) señala que es posible puntear en la Argentina, una etapa preliminar, el *Programa de Salud Rural*, previa a la conferencia de Alma Ata. Este programa presentaba actividades básicas de promoción y prevención de la salud, situación que favoreció la asimilación de las estrategias de APS, con las de la salud rural; no obstante, esto provocó cierta confusión, ya que, si bien en APS se implementan estrategias de la salud rural, esta es más amplia y alcanza a diferentes sectores, como la salud urbana. La convergencia entre salud rural y APS, se fortaleció entre los años 1979 y 1984.

Durante la década del ochenta, se produjo la creación de las Residencias Interdisciplinarias de salud mental (RISAM) y se crearon Direcciones de Salud Mental en varias provincias (Lemus, 1999). Entre los años 1984 y 1989 comenzó una etapa de adelanto metodológico en la estrategia de planificación del sistema de salud y su incorporación al Consejo Federal de Salud, en 1992,

el decreto 1269/92, produjo la consolidación jurídica y administrativa de esta estrategia. El propósito establecido consistió en alcanzar el derecho a la salud de toda la población en el menor tiempo posible, a partir de mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica al menor costo económico y social. El Estado cumple, en esta estrategia un rol protagónico, basado en un proceso de centralización y federalización (Lemus, 1999).

En 1984, Goldemberg fue convocado por el presidente Alfonsín, para realizar los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental que hoy pueden leerse como la expresión de un proyecto interrumpido, si no fracasado, al menos en la ciudad de Buenos Aires. Este Plan proponía una transformación integral de la asistencia, e incluía la reforma de los grandes asilos psiquiátricos (Vezzetti, 2006).

4.3 CRISIS DEL ESTADO BENEFACTOR

Las acciones que comenzaron con el proceso dictatorial de 1976, se profundizaron a partir del Consenso de Washigton (1989). Es posible afirmar que a partir de aquí se evidenció una *crisis del Estado Regulador- Interventor*, que involucró un proceso de reordenamiento, ajuste y estabilización de las principales variables económicas. Desde este punto de vista, la presencia del Estado en la economía fue considerada el factor causal de la crisis por su efecto pernicioso sobre el mercado y la iniciativa privada (Aguilo, 2005; Iglesias, 2006).

A nivel internacional, y en armonía con los principios de desmanicomialización, se enunciaron reformas en el Sistema de Salud Mental y se presentaron declaraciones y tratados internacionales, como la

“Declaración de Caracas” (1990), y los “Principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la salud mental”, de Naciones Unidas (1991). Las iniciativas transformadoras adquirieron carácter local o provincial, pero no nacional. No obstante, el carácter marginal de la desmanicomialización se mantuvo tanto en el ámbito académico como en el establishment psiquiátrico psicológico. En Rio Negro, en 1991 se sancionó la Ley n°2.440 de Protección Sanitaria y Social de las Personas que Padece Sufrimiento Mental de la provincia de Rio Negro. En esta provincia la desmanicomialización implicó el cambio de una cultura de inclusión y de derechos efectivos, que pudo lograrse a partir del cierre del manicomio (Cohen & Natela, 2007, 2013).

4.3.1 DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización es un proceso que consiste en transferir recursos o responsabilidades, poder y competencias decisorias, desde un ámbito superior de gobierno, a uno inferior. Esta descentralización puede ser administrativa, en caso que se traspassen la administración y provisión de servicios sociales, y el gasto social de un nivel superior a otro, más próximo a los destinatarios del mismo. En el caso que la descentralización sea fiscal, las medidas a implementar tienden a aumentar los recursos fiscales disponibles en los niveles inferiores de gobierno (Agosto, 2012).

Existen posiciones encontradas respecto al alcance y beneficios que pueda brindar este proceso. Por un lado, están quienes entienden que este proceso permite lograr una mejor gestión pública, y una mayor participación de la comunidad en la definición de prioridades, control, toma de decisiones,

evaluación de las políticas públicas implementadas, además de limitar el poder del Estado central. Sin embargo, cuando la descentralización administrativa o política se realiza sin tener en cuenta la descentralización fiscal, o los recursos disponibles en el sistema sub-nacional, esto puede constituir un problema mayor, ya que son recursos que constituyen una parte necesaria en la implementación de cualquier política pública y su factibilidad (Vilas, 2003).

Como consecuencia del proceso de descentralización iniciado en 1976, el 75% de la capacidad instalada del sector público en el área de la salud se encontraba en 1985 bajo jurisdicción provincial o municipal (Agosto, 2012).

El proceso de descentralización en salud se desarrollo bajo tres modalidades:

- a) la transferencia de los hospitales a las provincias,
- b) algunos casos de descentralización de las provincias a los municipios y
- c) el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno nacional hacia el nivel de los hospitales (“hospitales de autogestión”).

Estos modos tuvieron como principal motivación reducir la presión fiscal en el ámbito nacional y derivarla a sectores sub-nacionales, traspaso que se dió sin la implementación de mecanismos de coordinación y políticas de salud que permitieran elevar los niveles y calidad de atención (Agosto, 2009).

En salud, el gobierno nacional se reservó el diseño de las políticas públicas en el ámbito central y otorgó a los gobiernos provinciales las atribuciones de gestores del sistema. Sobre esa base, se generó una descentralización en la administración cotidiana de los hospitales, sin una adecuada planificación de evaluación y monitoreo, y con el cese de todas las partidas presupuestarias específicas; lo que contribuyó a la autonomía de las instituciones, pero

también, a un aumento del grado de inequidad entre los territorios, que resultó en serias diferencias de acuerdo a las situaciones particulares de cada unidad hospitalaria (Agosto, 2009).

El carácter focalizado y reducido de las PPS de este período, y la tendencia general de la reforma, antagonizaban con propuestas de tipo comunitario e inclusivo. La repartición en salud experimentó una aceleración brusca entre 1993 y 1996. A partir de 1997, se experimentó una desaceleración mayor que la Seguridad Social y la Educación (Stolkiner, 2009; Stolkiner, & Ardila Gómez, 2012).

Las políticas funcionales al régimen de acumulación impuesto en Argentina a mediados de los setenta, e instalado en la década de los noventa, provocaron una acentuación del deterioro de la calidad de vida en amplios sectores de la población. El incremento abrupto de la pobreza y el desempleo, la retracción de la cobertura de las Obras Sociales y del Sector privado y la crisis financiera, acentuaron la desigualdad social. El desequilibrio generado por el modelo económico social neoliberal imperante, eclosionó en el año 1998, y convergió en la crisis socioeconómica del año 2001, que impactó explosivamente en el ámbito político-institucional (Stolkiner, 2008, 2009).

Los planes y prestaciones de servicios socio-previsionales privatizados, al interior de un marco desregulatorio extendido, significó la conversión de una serie amplia de servicios en “mercancías”. El Estado nacional delegó atribuciones a favor de los mecanismos propios de la economía global y de sus organismos rectores y el embate privatizador despojó a las instituciones estatales de los medios destinados a efectivizar sus capacidades de gestión, administración, monitoreo y control. En este contexto, las cuestiones sociales

definidas en las PPS, pasaron a obedecer al esquema básico de producción/acumulación y a representar un mero costo agregado al funcionamiento eficaz de la macroeconomía. Los destinatarios de las políticas pasaron a ser aquellos segmentos de la sociedad que experimentaban grados extremos de vulnerabilidad económico- ocupacional. Se asistió a los sectores de menores recursos, a partir de políticas sociales extremadamente focalizadas y des-centralizadas, particularmente en educación y salud (Halperin Weisbrud, Labiaguerre, Delpech, González, Horen, Villadeamigo, Siffredi & Muller, 2008).

Los principales fenómenos que pueden observarse respecto al sistema de políticas sociales provenientes de esta etapa fueron, el fortalecimiento del proceso de privatización; procesos de transferencia y descentralización; ejecución de nuevas formas de acceder a los recursos sociales disponibles y la implementación de nuevas formas de concebir y realizar las PPS.

4.4 FORTALECIMIENTO DE LA RESPUESTA ESTATAL FRENTE A LA CRISIS POLÍTICA, ECONÓMICA Y SOCIAL Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES DE SALUD EN ARGENTINA

A partir del proceso de transformación que tuvo el modelo de intervención del Estado, tanto en Argentina como en América Latina, las estrategias participativas y los mecanismos institucionales multi-actores comenzaron a tener un mayor peso en el diseño de las PPS de desarrollo local (Bertolotto, Clemente, 2004).

La problemática de una sociedad fragmentada y atravesada por la violencia real o potencial, y las consecuencias de la crisis del sistema económico neoliberal, que impulsaron a grandes sectores sociales a la exclusión, y colaboraron con el dismantelamiento de las instituciones que sostenían la

integración social y la canalización de conflictos (escuelas, sindicatos, entre otras); junto con la dinámica de la fragmentación social, económica y cultural y la configuración de nuevas problemáticas y cuestiones sociales a partir de la diversificación social e identitaria, permitieron cuestionar diseños de políticas universales y homogéneas, y generar prácticas comunitarias participativas efectivas, junto con instrumentos que puedan dar cuenta de las mismas (Rofman, 2007; Zaldúa, 2011).

En marzo del 2002, a través del Decreto 486/2002, el gobierno argentino declaró la Emergencia Sanitaria Nacional. A partir de allí, se planteó como obligación institucional, instrumentar las herramientas adecuadas y necesarias para enfrentar la situación de excepción. Se reconvirtió el Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS) y se volcaron recursos en garantizar el acceso gratuito de medicamentos ambulatorios a la población por debajo de la línea de pobreza y sin seguridad social, estimada en ese momento en 15 millones de personas (actualmente esta acción es el denominado Plan Remediar). La declaración de la Emergencia Sanitaria, tuvo por objeto paliar el impacto inicial de la crisis y garantizar a la población argentina el acceso a bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, a partir de restablecer el suministro de medicamentos e insumos críticos en las instituciones públicas con servicio de internación (Acuña, Kessler & Repetto, 2002). Al considerar que el mercado no podía resolver los problemas de la población, y que era una incumbencia del Ministerio Nacional regular la oferta y demanda de los bienes y servicios de salud, se volvió necesario reorganizar el sistema de salud: el mercado de salud empezaría a operar en condiciones de competencia regulada y la cobertura médica a universalizarse,

a través de seguros públicos de salud y acciones localizadas de Atención Primaria de la Salud, Promoción y Prevención (Tobar, 2002).

De acuerdo con esta propuesta, en el año 2004, se trazaron las Bases para un Plan Federal de Salud (2004- 2007), que proyectaba garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud con eje en la provisión de una “canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004, p 13). Con este Plan, se buscó recuperar la capacidad rectora del Estado nacional por medio de asignación de recursos monitoreados en programas específicos, en consonancia con la iniciativa “Salud Pública en las Américas” de 1999, que tenía el propósito de desarrollar un concepto común de la salud pública y sus funciones en la Región de las Américas y establecer las Funciones Esenciales de Salud Pública.

El diseño de este nuevo modelo sanitario, se basó en la construcción de redes de atención en base a la estrategia de APS. La estrategia a seguir consistió en asegurar la cobertura efectiva de APS para toda la población, y propiciar su participación responsable y comprometida en el nuevo modelo. Por lo tanto, se privilegiaron las acciones en salud y priorizaron las acciones fortalecedoras de la equidad en el acceso. A partir de acciones intersectoriales, el Estado actuó como facilitador y, tanto a nivel nacional, provincial y municipal, asumía un rol central en la conducción del sistema y de las políticas de salud (Acuña, Kessler & Repetto, 2002).

De acuerdo con Pérez (2015), se señala que los principales ejes que caracterizan las PPS en salud actuales consisten en:

- Intervención integral: se unifican y articulan recursos, los circuitos administrativos y gestiones son compartidos, y se organizan de acuerdo al tipo de prestaciones ofrecidas o beneficiarios.
- Abordaje territorial: se considera la dinámica territorial de cada lugar y se introducen las especificidades locales, propias de cada provincia u municipio.
- Articulación interjurisdiccional: Se articulan varias dimensiones y se apunta a una estrategia relacional que combine la esfera de producción y distribución de bienes y servicios, la asistencia técnica y la demanda social.
- Masividad de las prestaciones: se desarrollan estrategias en el marco de intervenciones masivas, ya que la coyuntura no resiste la implementación de acciones acotadas.
- Planificación de “abajo hacia arriba”: consiste en la adaptabilidad a las situaciones de cada municipio y las necesidades y demandas detectadas en cada territorio a través de la participación activa de los actores locales.
- Fortalecimiento de espacios participativos: la constitución de estos espacios y el fomento de la participación, permite construir un sentido de pertenencia y protagonismo de los actores locales y además de consolidar instancias de institucionalización de las políticas.
- Promoción del desarrollo local y la economía social: se reconoce al territorio como espacio potencial de desarrollo socio-

productivo y a los espacios asociativos como generadores de trabajo, inclusión y resolución de necesidades concretas.

- Enfoque de la promoción de derechos: Se establecen acciones integrales que tienen en cuenta una educación alimentaria nutricional y el cuidado de la salud.

4.4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Durante gran parte del Siglo XX, el concepto de Promoción de la Salud fue dominado por un enfoque biomédico de la Salud Pública. Este enfoque o *Modelo Médico Hegemónico*, se caracterizó por el biologismo, la a-historicidad, y por ser un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud y profesionalización, que centró su eficacia en los medicamentos y cumplió funciones de mantenimiento, control, normalización, medicalización y legitimación.

La estrategia de la APS y la Promoción de la Salud, basadas en estrategias comunitarias, son consideradas como instrumentos viables para resolver la crisis del modelo médico hegemónico y sus consecuencias: incremento de la medicalización, medicalización de problemáticas sociales, aumento de las tasas de morbilidad, reaparición de antiguas enfermedades como la tuberculosis, y el surgimiento de nuevas problemáticas, como la drogadicción, y la elevación de las tasas de muertes por homicidios (Menéndez, 1998; Restrepo & Málaga, 2002; Stolkiner & Ardilla Gómez, 2012).

El término *Promoción de la Salud* fue utilizado por primera vez por Henry Sigeist, en 1945, para incluirlo entre las cuatro funciones de la medicina: Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Restauración del enfermo,

Rehabilitación. Este autor señala que, para elevar el nivel de la salud hay que preocuparse por mejorar las condiciones de trabajo, de educación, sociales, ambientales y económicas, e incluir el ejercicio físico, y los medios necesarios para el descanso y la recreación. Para alcanzar esta meta, es necesario que se coordinen esfuerzos de diferentes grupos, (políticos, trabajadores, médicos, educadores, entre otros) (Restrepo & Málaga, 2002).

En 1986, se celebró en Ottawa la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Desde esta perspectiva, la Promoción de la Salud consiste en:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social... La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (OMS, 1986).

Distintos documentos y declaraciones continuaron, y fortalecieron, la propuesta realizada en la Carta de Ottawa, entre ellos la Conferencia de Adelaida- Australia (1988), el Grupo de Trabajo de la OMS (1989), la Conferencia de Sundsval-Suecia (1991), la Conferencia y Declaración de Santa Fé de Bogotá-Colombia (1992), la Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago (1993), la Conferencia y Declaración de Jakarta (1997), y la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México (2000) (Arroyo & Cerqueira, 1997; Restrepo, 2002).

Para alcanzar la Promoción de la Salud es fundamental reforzar la acción comunitaria, y la participación efectiva de la comunidad para fijar prioridades, tomar decisiones, elaborar y ejecutar estrategias de planificación (Arroyo &

Cerqueira, 1997; Vargas Umaña; Villegas del Carpio; Sánchez Monge, Holthuis, 2003).

Las estrategias para aplicar la concepción de la promoción de la salud consisten en:

- a- La acción intersectorial e interinstitucional;
- b- la participación social y comunitaria;
- c- La coordinación de políticas saludables;
- d- creación de ambientes saludables;
- e- orientación de los servicios

Como estrategia se propone crear ambientes y entornos sanos, a partir de estilos de vida saludables, lo cual involucra la vida cotidiana en su aspecto personal, familiar, laboral y comunitario (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

Como se observa, la *educación para la salud* constituye un aspecto clave en la promoción de la salud, tanto para el desarrollo de aptitudes personales y colectivas, como para facilitar cambios en los hábitos de los individuos de manera independiente y autónoma (OPS, 2005).

4.4.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMAS DE SALUD

La prevención no sólo se debe encaminar a prevenir la aparición de las enfermedades, sino también a detener su avance, disminuir sus consecuencias, y reducir los factores de riesgo, causales o predisponentes (OMS, 1998, Vignolo *et al*, 2011).

Existen tres tipos de prevención, de acuerdo al momento en que la acción se encamine.

La prevención primaria, se orienta a detener el progreso de un problema de salud que ya se encuentra en el individuo o comunidad. La prevención secundaria, se orienta a controlar la enfermedad a partir de un diagnóstico temprano y un tratamiento. Por último, la prevención terciaria, se orienta a retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad, mediante un correcto diagnóstico y rehabilitación física, psicológica y social (Vargas Umaña; *et al* 2003; Gavilán, & Villalba, 2007; Zaldúa, 2011).

La prevención y la promoción se diferencian en distintos aspectos, uno de ellos es en sus objetivos: mientras que la primera atiende a los problemas de salud, y se encamina hacia acciones correctivas para reducir factores de riesgo (se basa en un “enfoque de riesgo”); la promoción pretende difundir la salud y las condiciones favorables para el desarrollo de la misma, y se orienta a sus determinantes a partir de los hábitos y condiciones de vida en la población (Restrepo, 2002; Vargas Umaña *et al*, 2003; Stolkiner & Ardila Gómez 2012).

Respecto a los destinatarios, la prevención se dirige a personas y grupos de riesgo, mientras que la promoción se dirige a la población en general, grupos de personas y comunidades, proceso, condiciones y sistemas. Los modelos que se establecen en la prevención son los clásicos de salud pública y medicina preventiva, con énfasis en los factores de riesgo, en la promoción los modelos son socio-políticos, ecológicos y socio-culturales, que priorizan la interacción de los grupos e individuos con su ambiente físico, económico, cultural y político. Respecto a las estrategias, la prevención primaria y la promoción de la salud, comparten el uso de instrumentos como información, educación, comunicación, fortalecimiento de la participación comunitaria (Restrepo, 2002).

4.4.3 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Catenazzi (2011), destaca que es importante tener en cuenta dos aspectos en la participación: el primero refiere a que los problemas son construcciones sociales y por lo tanto, comprometen la articulación de distintos actores, con distintos intereses, en algunos casos contradictorios entre sí; el segundo aspecto, consiste en considerar que promover procesos de participación, supone crear escenarios que hagan visibles los actores reales del entramado y sus relaciones de poder alrededor de una cuestión en particular.

Ferullo de Parajon (2006), sostiene que hay diferentes grados y tipos de participación, ya que se desarrolla de manera paulatina, por su carácter de proceso. Todos los grados de participación son necesarios para la concreción de una tarea comunitaria, y toda participación es siempre social. La autora señala algunas consideraciones generales respecto a la participación social, entre la cuales se destaca la importancia que todo estudio que se realice sobre la participación deba ser contextualizado. Esto se debe a que las interacciones forman parte de una construcción histórico- social concreta, que no puede ser analizada de forma externa a su espacio y tiempo. La perspectiva social histórica consiste en considerar estos aspectos, no solo como determinantes, sino como constituyentes del ser humano, quien cuenta con la posibilidad de interactuar sobre los mismos, sostenerlos y modificarlos. Como novedad, implica la visibilización y producción en torno a un tema siempre presente, pero no siempre tematizado. Así pues, la Psicología podría aportar acerca del significado de los cambios en la participación, y las principales significaciones que los sujetos le atribuyen al proceso.

La participación supone siempre una afectación del sujeto, de allí su importancia psíquica como herramienta de producción humana. Desde luego, esto se torna aún más significativo, en la vinculación que la participación tiene para la autora con el poder: lo que se evidencia son las diferentes formas de gobierno entre los hombres y la distribución del poder en la toma de decisiones, el aspecto político es inherente a toda participación, y en ella siempre está en juego el poder; de esta manera el campo social quedaría conformado por “el triángulo de las tres P”: Psicología, participación y poder Ferullo de Parajón (2006).

4.4.4 PLANIFICACIÓN

La planificación en salud busca superar modelos de planificación normativa que se centraban de manera exclusiva en los recursos, para orientarse cada vez más hacia los objetivos. El proceso, que permite el alcance de determinados resultados; busca ser integral y participativo, incluir y solucionar problemas relevados por la comunidad, a la vez que implicar a los involucrados y sus perspectivas en los diferentes momentos de la tarea, desde el análisis situacional (Matus, en: Huertas, 1996).

Para la planificación pública, es necesario combinar varios métodos, de acuerdo al nivel jerárquico en que se practique la planificación, la naturaleza del trabajo que se realiza, la complejidad de los problemas abordados, la capacidad de gobierno y la trama de relaciones de la gestión. El Sistema PES, integra el método de Planificación Estratégica Situacional (PES), el modelo de Planificación Orientada hacia Proyectos (ZOPP), y el MAPP (Método Altadil de Planificación Popular) (Matus, 2015).

El método PES, consiste en entender que la planificación resulta de una *mediación* entre el *conocimiento* y la *acción*. Desde esta perspectiva es necesario identificar y seleccionar problemas, a partir de considerar los mismos desde una explicación situacional, en su escenario, para así pensar en la factibilidad, confiabilidad del plan, y planes de contingencia. En primer lugar, se identifican los problemas que resaltan los actores, para explicar la realidad como un juego social, se realiza un flujograma situacional y un árbol explicativo. En un segundo momento se identifican los nudos problemáticos, las variantes y las invariantes, se formulan escenarios alternativos; luego, en el momento estratégico, se analizan las motivaciones y la viabilidad. Este modelo es útil para problemas de alta complejidad que requieren de un procesamiento tecno-político de calidad, y no es adecuado, por ejemplo, para una intervención en un centro de salud, como si podrían serlo el ZOPP y el MAPP.

El ZOPP corresponde con un nivel intermedio, versión Alemana del Marco Lógico (Ortegón, Pacheco, Prieto, 2015). Como método presenta algunas limitaciones:

- Realiza un análisis participativo, que deja a un lado el análisis situacional y da por resultado un único árbol explicativo como consenso de un grupo.
- No trabaja con el vector de descripción del problema, que se realiza de manera intuitiva.
- No trabaja con escenarios y producción de sorpresas, por esta razón pierde la posibilidad de diseñar distintos planes de acuerdo a las circunstancias, o planes de contingencia; tampoco realiza un análisis de la gobernabilidad

- Se concentra en la creación de grupos participativos de trabajo, y no se ocupa del problema del sistema de dirección.

Por último, el MAPP, responde a las críticas realizadas al ZOPP y, permite procesar problemas a nivel de comunidades, con la participación de los ciudadanos para encausar los problemas y pensar las soluciones.

Como valor principal del MAPP, se destaca el respeto por la visión que la población tiene sobre los problemas locales. Este método, propicia un soporte técnico y político en las comunidades, para que puedan resolver las dificultades por sí mismas.

4.5 SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA SOCIAL EN ARGENTINA. HACIA UN NUEVO PARADIGMA

En Argentina, a partir del año 1956 la salud mental pasó a formar parte del campo de la salud pública, debido a la creación del Instituto nacional de Salud Mental. Es decir, que desde ese momento los modelos de atención en salud mental están regulados por las políticas generales de salud, y el sistema de atención global, sujeto a los sistemas de atención médica, a la existencia de los sectores estatal, privados y obras sociales, que limitan y complejizan la planificación global (Galende, 1989; Acuña & Chudnovsky, 2002; Spinelli, 2010; del Cueto, 2014).

La complejidad de los problemas que abarca la salud mental hace imposible desvincularla del contexto social, político y económico, e implica tener en cuenta las condiciones de cultura y el proceso de subjetivación que ocasionan los diferentes padecimientos mentales y que requieren de una política

específica de lo social, de un abordaje integral, en contraposición con criterios biologicistas e individuales (Galende, 1989).

El desarrollo de este campo en el país, se caracterizó por distintas iniciativas que fueron interrumpidas o discontinuadas. Si bien en diferentes momentos se presentaron propuestas alternativas al modelo asilar, se iniciaron procesos de reformas y se desarrollaron experiencias comunitarias, estas fueron aisladas (por ej. en Entre Ríos, San Luis y Río Negro o el servicio de salud mental de Lanús) y se careció de una política nacional de salud mental capaz de integrar a todo el territorio (Vilas, 2003; Carpintero & Vainer, 2004; Chiarvetti, 2008; Stolkner, 2009; Galende, 2014).

El modelo asilar predominó hasta 1966, tanto en la asistencia estatal, como en las Universidades y prácticas privadas (del Cueto, 2014). El surgimiento de nuevos problemas humanos, la puesta en crisis de la psiquiatría por los cuestionamientos de posguerra y la asunción por el poder político-administrativo de esas problemáticas, permitieron un reordenamiento de los problemas de la salud y la enfermedad mental, así como la descomposición de lo psiquiátrico hacia una recomposición de las nuevas políticas de salud mental. El pasaje del padecimiento individual y la respuesta médica a una comprensión del bienestar social y una respuesta política, implica romper la idea que la enfermedad mental se trata de una cuestión individual, para dar paso a una intervención preventiva amplia, capaz de considerar las condiciones sociales del bienestar psíquico (Galende, 1990).

Sin embargo, la mayoría de los cambios y propuestas alternativas al modelo asilar surgieron por fuera de las estructuras de la psiquiatría oficial, entre ellas: la comunidad terapéutica del Hospital Roballos en Paraná, Goldemberg en

Lanús, Raúl Camino en Colonia Federal, García en el Hospital Estévez, el Centro Materno Infantil de San Isidro de Reynoso, salas de internación de tiempo limitado en el Hospital General Pirovano. Estas experiencias han atravesado las mismas vicisitudes de la salud pública, a diferencia que en esta área, el impacto de la última dictadura cívico-militar fue irreversible, significó la desaparición de personas, el exilio, la diáspora, y la desaparición de ideas y proyectos (Carpintero & Vainer, 2004; del Cueto, 2014).

Recién en la primera década del Siglo XXI, comenzó a revertirse en Argentina la tendencia a la fragmentación que constantemente impactó sobre el campo de la salud mental, a partir de la elaboración de orientaciones generales, direcciones y legislaciones nacionales, y de la descentralización de las estrategias de intervención, con criterios territoriales.

En el año 2009, desde la Organización Panamericana de Salud (en adelante: OPS), se presentó el documento “Estrategia y Plan de acción sobre salud mental”, en el que se propuso, para un período de diez años (2009-2019), un plan de acción para las Américas en áreas estratégicas: 1) Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental. 2) Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos con hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez. 3) Prestación de servicios de salud mental centrados en la APS. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones. 4) Fortalecimiento de los recursos humanos. 5) Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

En relación al *primer punto*, en el año 2010 en Argentina se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 (reglamentada por el Decreto 603/2013).

Sobre el *segundo punto*, el Órgano de Revisión Local en Salud Mental, elaboró un protocolo de monitoreo para instituciones que alojan niñas, niños y adolescentes, usuarios de servicios de salud mental.

El *tercer punto*, forma parte de las prácticas que deben desarrollarse para alcanzar una estrategia reorganizadora de los sistemas con lógica universalista, hacia el enfoque de derechos. La atención en salud mental debe incluir una estrategia de atención primaria de la salud (APS), capaz de contener prácticas de prevención y promoción con base comunitaria. Quién sufre un padecimiento mental debe así, contar con atención sanitaria social integrada y humanizada, y recibir la alternativa terapéutica que menos restrinja sus libertades, a partir de los principios de integración familiar, laboral, comunitaria, inclusión social y laboral, interdisciplina e intersectorialidad (Stolkiner, 2012; Cohen & Natella, 2013; Rotelli, 2014).

Los *puntos cuatro y cinco* señalados en el plan de acción, podrían entenderse como puntos clave; al respecto, en el año 2014, desde la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, de acuerdo al art.33 de la Ley Nacional n°26.657, se elaboró las *Recomendaciones a las universidades públicas y privadas*. De esta manera, el Enfoque de derechos, Inclusión social e Interdisciplina, se tornaron ejes a incluir de manera transversal en la formación de los profesionales de la salud; y un nuevo desafío para la formación de psicólogos (De Lellis, 2011; Hermosilla & Cataldo, 2012).

Es necesario incorporar y reforzar aspectos como gestión, epidemiología, toma de decisiones, bioética y medicina social en la formación y producción de conocimiento en Psicología, para el ejercicio profesional en salud pública (OMS, 2009; Más, 2010).

Algunos estudios han demostrado ciertas incompatibilidades entre un proyecto que contemple los aspectos necesarios para la implementación de la Ley Nacional, y la formación profesional en salud hoy.

Se señala que las ofertas de formación académica en relación a la estrategia de atención primaria es imperceptible, y se prioriza la capacitación para la atención y tratamiento de la enfermedad centrada en la demanda, que responde al paradigma clínico en un sentido restringido, limitado a la enfermedad, lo asistencial y al modelo de consultorio privado (Saforcada, 2006; Dávila, 2015).

4.5.1 DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL

En abril de 2010 entró en funcionamiento la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (en adelante: DNSMyA), organismo dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. La DNSMyA pretende fortalecer estrategias de desarrollo local, que profundizan la organización comunitaria y capacidad de gestión. Como principios organizadores se señalan la Inclusión social, la participación comunitaria y promoción de derechos. Desde esta Dirección, se plantea que las herramientas para el abordaje en salud mental deben partir de la revalorización, y recuperación de los saberes y experiencias de cada comunidad. Las actividades que se realizan se denominan “prácticas participativas en los abordajes territoriales en Salud Mental y Adicciones”, con esto se pretende fortificar el rol protagónico de la población para definir prioridades y generar acciones colectivas que promuevan el desarrollo integral de las distintas localidades y regiones de nuestro país. La DNSMyA, como

autoridad de aplicación de la Ley Nacional n°26.657 debe articular a todos los actores con competencia en salud mental y transformar el sistema manicomial, propiciar en su reemplazo abordajes abiertos, comunitarios, intersectoriales, interdisciplinarios y que promuevan los Derechos Humanos.

4.5.2 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N°26.657 Y DECRETO REGLAMENTARIO DECRETO N° 603/2013

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, sancionada en noviembre de 2010 y promulgada en diciembre de 2010, es la primera a nivel Nación, y tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental. La provincia de Buenos Aires adhirió a la Ley Nacional, y sancionó la Ley provincial 14.580.

Se basa en “La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud” (1990); los “Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental” (1991); y los “Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en salud mental en las Américas” (2005), antecedentes y bases organizadoras de esta Ley.

A partir de esta legislación, se reconoce a “la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas” (Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, 2010, Art. 3, p. 1).

La Legislación presenta los siguientes aspectos innovadores:

- Las jurisdicciones que tienen en su territorio dispositivos monovalentes, deben sustituirlos y adecuarlos por dispositivos comunitarios para el año 2020. Esta normativa produce una ruptura con el paradigma de encierro que dominó el campo desde el siglo XVIII, y operó como una forma de disciplinamiento social, más que como método de recuperación de la salud (Foucault, 2005; Pérez, 2008). La provincia de Buenos Aires adhirió a la Ley Nacional, y sancionó la Ley provincial 14.580.
- Las adicciones son abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. La atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Los profesionales con título de grado se encuentran en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión de servicios de SM.
- En la reglamentación de la Ley, se aclara que las disciplinas enumeradas en este artículo no son taxativas.
- Se le confiere a la Autoridad de Aplicación el deber de desarrollar recomendaciones dirigidas a las Universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establecen en la Ley. Al respecto, en el Decreto n° 603/2013, se señala que El Ministerio de Educación a través de sus áreas competentes, “prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efectuar pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades

para adecuar planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental”.

- Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas, y en ningún caso debe hacerse un diagnóstico sobre la base de status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural. El paciente debe ser informado adecuadamente y de forma comprensible de sus derechos, de su situación de salud y de los tratamientos posibles, para tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

- El padecimiento no debe ser considerado como un estado inmodificable.

- Quién sufre un padecimiento mental debe contar con atención sanitaria social integrada y humanizada, y recibir la alternativa terapéutica que menos restrinja sus libertades, que respete los principios de integración familiar, laboral, comunitaria, inclusión social y laboral, interdisciplina e intersectorialidad (Stolkiner, 2012; Cohen & Natella, 2013; Rotelli, 2014). En la actualidad distintos grupos de investigación, se interrogan acerca de la articulación entre las nociones de salud mental, la dimensión ética de las mismas, y su ejercicio (Pérez, 2014; Stolkiner, 2014; Ressa, & Sánchez, 2015; Zaldúa, 2016).

4.5.3 PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

El Plan Nacional de Salud Mental, plantea que la salud mental atraviesa un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salugénico, que no se agota en los servicios de salud tradicionales, y que aspira al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población, desde una mirada comunitaria y de inclusión social.

En el Plan se señalan diferentes problemas que se presentan hoy, para la plena aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, y los objetivos a cumplir para su resolución. En consonancia con la necesidad de promover una formación profesional acorde a los desafíos presentados en salud mental, se marca (Problema Número Cinco) que la formación y capacitación en servicio de los recursos humanos en salud mental hoy, no se adecua a la Ley Nacional de Salud Mental, ni a su Decreto reglamentario, y no asegura una respuesta de calidad. Se propone articular, consensuar y revisar con las Universidades, para contribuir a la calidad en la formación, con base en un modelo comunitario. Entre los objetivos que dan respuesta a estos problemas, se propone incluir el componente infanto- juvenil y de adultos mayores en las acciones de formación y capacitación (En el Problema Número Cuatro se señaló que la oferta de la red de servicios de salud/salud mental no contempla la especificidad de la problemática en niños, niñas y adolescentes, como tampoco en adultos mayores).

PERFIL PROFESIONAL Y FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN ARGENTINA

*“Hace muchos años ustedes no pueden
posiblemente tener una idea de cuál era el
panorama de la Psicología entre nosotros.
Hace 25 años, nosotros, a la edad de ustedes,
poco más o menos, queríamos estudiar
Psicología y no sabíamos qué estudiar; así
estudiábamos economía, neurofisiología,
estudiábamos sociología, estudiábamos
sistema nervioso, estudiábamos cerebro,
estudiábamos endocrinología, estudiábamos
de todo pero no sabíamos que era la
Psicología”.*

(Bleger, En: Bauleo, Bleger, Caparrós, Kesselman,
Rozitchner, & Pichón Riviere, 1969, p. 18)

CAPITULO V. PSICOLOGÍA Y ACADEMIA. FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN ARGENTINA Y PERFIL PROFESIONAL

INTRODUCCIÓN

La Psicología, como disciplina, implica un largo pasado que se remonta a tradiciones del S.XIX, y porta en su forma actual en el presente, las marcas de sus vínculos con otras disciplinas, la cultura, los intereses socio-históricos, las valoraciones sociales y las condiciones epistemológicas que prevalecieron en los diferentes momentos de la historia. Desde esta perspectiva, diferentes investigadores se han concentrado en re-construir estas historias, y han puesto en perspectiva, tanto el carácter social de la Psicología como disciplina, como los cambios en las preguntas, construcciones de problemas, prácticas y valores que definían a la Psicología y a los psicólogos (Pérez, 2014).

Vezzetti (1998) plantea una tensión existente entre la dimensión científica, y la tecnológica y profesional, es decir, entre aquello que se define dentro del campo disciplinar como conocimiento científico, lo que se realiza en las prácticas e interroga y desafía las teorías y discursos.

A continuación se presenta un breve recorrido centrado en la etapa profesional de la Psicología, a partir de la academización de la disciplina, y los cambios y avatares que se han presentado, y sostuvieron la tensión entre los saberes impartidos en las Universidades, las demandas sociales, los cambios en la cultura y las prácticas profesionales y los sentidos, representaciones sociales e imaginarios sociales que los estudiantes y graduados sostienen sobre si.

5.1 LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN AMÉRICA LATINA. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

La formación del psicólogo ha sido un tema de amplia discusión desde la creación de las primeras carreras de Psicología, no obstante, se fortaleció y tomo mayor visibilidad a partir de los años sesenta y setenta (Benito, 2009; Gallegos, 2010). Los primeros programas de formación en Psicología comenzaron en Chile (1946) y Colombia (1947); seguidos por los programas en Argentina (1955), Perú (1955), México (1956), Venezuela (1956) y el resto de los países (Klappenbach & Pavesi, 1994; Alonso & Nicenboim, 1999; Alarcón, 2004; Ardila, 2004; Díaz-Guerrero, 2004; Gallegos, 2008, 2009; Gallegos & Berra, 2012).

La preocupación por la formación del psicólogo se observa en el primer evento científico de la Sociedad Interamericana de Psicología, que tuvo lugar en la República Dominicana en 1953. Con motivo de esta reunión, se señaló en el temario de convocatoria la “formulación de un plan de formación unificado para las Américas”, que no se replicó en el temario desarrollado, en el que se incluyeron Problemas relativos a la formación, entrenamiento, rango académico, ejercicio legal, y de relaciones con otras profesiones (Gallegos, 2012).

En el año 1974, se organizó la *Primera Conferencia Latinoamericana sobre Entrenamiento en Psicología en Colombia*²⁴. En este encuentro se establecieron una serie de recomendaciones sobre la formación académica y

²⁴ La Conferencia Boulder, organizada en Colorado, en 1949, tenía como objetivo contemplar la formación en psicología; fundamentalmente, en el área clínica, en este espacio se planteaba que la psicología debía desarrollarse como ciencia y profesión, y se resaltan los aspectos ligados a la producción de conocimientos científicos y la aplicación práctica del saber psicológico. Este evento se enmarcó en diversos trabajos precedentes que datan desde la década del 30 en Estados Unidos (Gallegos, 2010). En lo esencial, la conferencia sigue los lineamientos establecidos en el “Informe Shakow” (Cook, 1965; Lowell Kelly, 1961).

profesional del psicólogo, que impactaron en las orientaciones de las currículas y programas en América Latina (“modelo Bogotá” o “modelo latinoamericano”), esta fue la única Conferencia de esta magnitud que se realizó sobre el tema a nivel regional (Gallegos, 2010). En este evento, por una parte, se replicó la crítica hacia el énfasis en la formación clínica y, por otro lado, se adoptó el doble rol de la Psicología como ciencia y profesión para la organización de la formación académica en Psicología (Ardila, 1978). La adopción del modelo científico- profesional, suponía la obtención de un título único (Psicólogo) como instancia final de formación, posible de ser alcanzado en cinco años, y que contemplaba la realización de prácticas (que acerquen al estudiante al campo profesional) y de una tesis de investigación, como aproximación al modelo de investigación científica. Se desaconsejaba la fragmentación del título por área de incumbencia o actuación profesional. Este modelo tuvo una importante repercusión en las orientaciones curriculares de la Psicología en varios países de América Latina (Klappenbach, 2003; Vilanova, 2003; Alarcón, 2004; Ardila, 2004).

El libro “La profesión del Psicólogo” (Ardila, 1978), fue producto de la Conferencia realizada en Colombia, e incluyó las disertaciones de los expositores y conclusiones del encuentro (Ardila, 1978). Uno de los aspectos más destacados, respecto a las orientaciones curriculares de la Psicología vigentes en ese momento, fue el “enfoque unilateral”, que demostraba que si bien se contemplaban distintas áreas de la formación (social, industrial y educacional), en la mayoría de los programas predominaban enfoques psicoanalíticos o psicométricos. Esta situación fue señalada como un déficit en

la formación del cuerpo docente de Psicología, incapaz de ofrecer un amplio campo de entrenamiento en las diferentes áreas de competencia profesional.

En varios países, la problemática de la enseñanza y formación en Psicología dió origen a diversas instituciones de carácter nacional, encargadas de evaluar, orientar, supervisar y acreditar los diferentes programas, como el *Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología* (CNEIP: México, 1971), la *Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia* (ANPEPP: Brasil, 1983), la *Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia* (CEEP: Brasil, 1997), la *Associação Brasileira de Ensino de Psicologia* (ABEP: Brasil, 1998), la *Asociación Colombiana de Facultades de Psicología* (ASCOFAPSI: Colombia, 1986), la *Asociación de Unidades Académicas de Psicología* (AUAPsi: Argentina, 1991), la *Red Nacional de Unidades Académicas de la Psicología Chilena* (RNUAPSICH: Chile, 1994), la *Asociación Chilena para la Formación Académica y Profesional en Psicología* (ACHIFAPs: Chile, 2006) (Gallegos, 2008; Villegas & Marassi, 2003).

Las reorganizaciones económicas, sociales y políticas que se impulsaron en América del Sur, a partir de la década del noventa, centraron la atención en la calidad de la formación en el área de Educación Superior, y en la sanción de normas nacionales para su regulación (Di Doménico & Piacente, 2003). En el contexto del Mercosur, se promovieron los encuentros temáticos e integradores de los psicólogos del sur latinoamericano, tendientes a buscar los acuerdos básicos en la formación, la práctica y el marco ético para el libre tránsito de los profesionales entre los países miembros y asociados: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. En 1998, en el *Primer Protocolo de Acuerdo Marco sobre Formación de Psicólogos en el Mercosur*, se señalaron los principios más

importantes para la formación. En este mismo sentido, en 2001, se firmó el *Protocolo sobre Criterios Generales de Formación*, con el propósito de mejorar la calidad en la formación de psicólogos, en el contexto de los procesos de acreditación de carreras de Psicología. La finalidad de estos acuerdos fue generar criterios de acreditación uniformes, que posibiliten el intercambio de los psicólogos de países miembros y asociados del Mercosur (Di Doménico & Vilanova, 1999; Hermosilla, 2000; Calo & Hermosilla, 2000; Ferrero & Andrade, 2007; Penna, De Andrea & Ballari 2008; Benito, 2009).

En América Latina los desarrollos en evaluación y acreditación se encuentran consolidados en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Colombia, Jamaica, República Dominicana y El Salvador. La calidad de la educación es monitoreada por procesos de acreditación cíclica, que implican una auto-evaluación del programa, una evaluación externa a cargo de un Comité de Pares Académicos y un intercambio con la institución y dictamen público (Di Doménico & Piacente, 2011).

Es necesario destacar, por un lado, el aporte de diferentes organizaciones científicas y profesionales, que también han realizado contribuciones a la profesión. Por un lado, la *Sociedad Interamericana de Psicología* (SIP) (creada en diciembre de 1951), cumplió un gran aporte a partir de la edición de libros, cuyos contenidos, se refieren a los *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (Toro & Villegas, 2001; Villegas, Marassi & Toro, 2003a; Consoli, 2012). Por otra parte, la *Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología* (FIAP), instituida en el año 2002, que nuclea las entidades de Psicología en el contexto

iberoamericano, durante el IV Encuentro de Decanos de Psicología, pautó la creación del Observatorio de la Psicología Iberoamericana.

5.2 ACADEMIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA

La Psicología como *profesión* en nuestro país empieza con la *conformación de las primeras carreras* (Rosario, 1956, Buenos Aires en 1957, La Plata en 1958, Córdoba y San Luis y Tucumán en 1979).

La profesión se desarrolló en el periodo ubicado entre dos golpes de Estado, entre la autodenominada *Revolución Libertadora* y el derrocamiento de Illia por Onganía con la autodenominada *Revolución Argentina*, que intervino las Universidades públicas y castigó a la comunidad académica en la *Noche de los Bastones Largos* (Dagfal, 2012).

La identidad del psicólogo, los emblemas con los que se identificó la profesión, las prácticas realizadas, los referentes teóricos, y los objetivos de la actividad profesional, han presentado modificaciones a lo largo de los años (Klappenbach, 2000; Courel & Talak, 2001; Carpintero & Vainer, 2004; Fernández, 2008; Dagfal, 2009, 2014).

5.3 PSICOLOGÍA: UNA CARRERA DE INTERÉS PÚBLICO

En el año 2004, el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, a partir de la Resolución n° 136/04, planteó que las carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, y poner en riesgo de modo directo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes debían ser reglamentadas, y definir explícitamente criterios como Contenidos Curriculares Básicos, Carga Horaria

Mínima, Criterios de Intensidad de la Formación Práctica, Estándares para la Acreditación de la Carrera y Actividades Reservadas al Título²⁵.

En respuesta, AUAPsi elaboró un documento acerca del título de Licenciado en Psicología o Psicólogo (2007), en el que se establecían las áreas sobre las que se aplican los conocimientos y competencias profesionales de la Psicología: a) Área Clínica b) Áreas Educativa c) Área Jurídico-Forense d) Área Laboral- Organizacional e) Área Social- Comunitaria f) Área Sanitaria g) Áreas emergentes: Psicología Política, Psicología Económica,

²⁵ 1. Prescribir y realizar intervenciones de orientación, asesoramiento e implementación de técnicas específicas psicológicas tendientes a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, a la prevención de sus alteraciones y la provisión de los cuidados paliativos. 2. Prescribir y realizar acciones de evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, seguimiento, recuperación y rehabilitación psicológica en los abordajes: individual, grupal, de pareja, familia, instituciones, organizaciones y en lo social-comunitario. 3. Prescribir y realizar acciones de evaluación psicológica, psicodiagnóstico, pronóstico y seguimiento en los abordajes: individual, de pareja y familia. 4. Prescribir y efectuar psicoterapias individuales, familiares, grupales y de pareja. 5. Realizar indicaciones psicoterapéuticas de internación y externación de personas por causas psicológicas. Indicar licencias y/o justificar ausencias por causas psicológicas. 6. Desarrollar y validar métodos, técnicas e instrumentos de exploración, evaluación y estrategias de intervención psicológicas. 7. Diagnosticar, realizar peritajes, asesorar y asistir psicológicamente, en el campo jurídico-forense, a personas en conflicto con la ley y víctimas de delitos, a sus respectivos familiares, e intervenir en los aspectos psicológicos de las problemáticas de minoridad. 8. Diagnosticar, evaluar, asistir, orientar y asesorar en todo lo concerniente a los aspectos estrictamente psicológicos en el área educativa. 9. Prescribir y realizar orientación vocacional y ocupacional, en aquellos aspectos estrictamente psicológicos. 10. Elaborar perfiles psicológicos a partir del análisis de puestos y tareas e intervenir en procesos de formación, capacitación y desarrollo del personal, en el marco de los ciclos de selección, inserción, reasignación, reinserción y desvinculación laboral. Asesorar en el ámbito de higiene, seguridad y psicopatología del trabajo. 11. Diagnosticar, evaluar, asistir, orientar y asesorar en lo concerniente a los aspectos psicológicos en el área social-comunitaria para la promoción y la prevención de la salud y la calidad de vida de grupos y comunidades y la intervención en situaciones críticas de emergencias y catástrofes. 12. Participar desde la perspectiva psicológica en el diseño, la dirección, la coordinación y la evaluación de políticas, instituciones y programas de salud, educación, trabajo, justicia, derechos humanos, desarrollo social, comunicación social y de áreas emergentes de la Psicología. 13. Dirigir, participar y auditar servicios e instituciones públicas y privadas, en los que se realicen prestaciones de salud y de salud mental. 14. Asesorar en la elaboración de legislación que involucre conocimientos y prácticas de las distintas áreas de la Psicología. 15. Realizar estudios e investigaciones en los diferentes áreas del quehacer disciplinar, a saber: a. Los procesos psicológicos y psicopatológicos a lo largo del ciclo vital. b. Los procesos psicológicos involucrados en el desarrollo y funcionamiento de los grupos, instituciones, organizaciones y la comunidad. c. La construcción y desarrollo de métodos, técnicas e instrumentos de intervención psicológica. 16. Planificar, dirigir, organizar y supervisar programas de formación y evaluación académica y profesional en los que se aborden actividades reservadas al título. (Resolución 343/09, Anexo V).

Psicología del Tránsito, Psicología de la Actividad Física y del Deporte; Psicología de las Emergencias y Catástrofes, entre otras.

Desde esta perspectiva, el Perfil Profesional del Licenciado en Psicología o Psicólogo debería responder a los requerimientos actuales del ejercicio de las actividades profesionales reservadas al título. Asimismo, responder a las exigencias de los nuevos escenarios caracterizados por la creciente globalización, el impacto del desarrollo tecnológico, los cambios ambientales y sociopolíticos, y a las profundas transformaciones sociales y culturales que de ellos acontecen (2004, p. 4).

En el documento, se detallan las actividades reservadas al título²⁶ y el riesgo que conlleva que estas actividades no sean desarrolladas por psicólogos.

Además, se plantea que el psicólogo es un profesional con los conocimientos científicos necesarios para analizar, interpretar y explicar el comportamiento humano y las dimensiones y procesos del psiquismo. Posee competencias básicas para efectuar psicodiagnóstico y psicoterapias; para diagnosticar, evaluar e intervenir en los ámbitos individual, grupal, social, institucional y comunitario, en todo aquello que pone en riesgo la salud y la calidad de vida de las personas.

De acuerdo con lo presentado en el informe de autoevaluación para la Licenciatura en Psicología, UNLP, en el año 2012, la carrera cumple con las normativas ministeriales, y ha presentado un incremento progresivo de las actividades de posgrado, de proyectos de investigación acreditados y actividades y programas de extensión, que abarcan las diferentes áreas mencionadas por AUAPsi.

5.4 EL CASO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA: CREACIÓN DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA Y PLANES DE ESTUDIO

La historia de la Carrera de Licenciatura que se presenta, se dicta en la Facultad de Psicología de la UNLP, comienza a gestarse a fines de siglo XIX; y cuenta con relevantes y prestigiosos antecedentes²⁷ que se remontan al origen de la Universidad Nacional de La Plata

La carrera de Psicología en la ciudad de La Plata, constituye una de las primeras del país, que abrió sus puertas en el año 1958. En el Primer Congreso Argentino de Psicología (1954), en Tucumán, y la posterior sesión plenaria realizada en Salta, se debate y generan acuerdos respecto a la creación de las carreras universitarias del psicólogo profesional. El 12 de mayo de 1954, el Consejo Académico de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, de la UNLP, aprueba la solicitud elevada por el Profesor González Ríos para la creación de la carrera y el Instituto de Psicología. Vicisitudes de orden político demoran la creación de la carrera hasta el año 1958 (Documento Autoevaluación de la Carrera de Psicología, UNLP, 2012).

El primer proyecto para la carrera en la UNLP, proponía el título de Psicólogo con orientaciones: clínica, laboral y pedagógica, las Ramas social y jurídica, contempladas en el proyecto inicial, no llegaron nunca a implementarse. El Plan inicial, presentado por Calcagno y Monasterio, proponía

²⁷ Se destacan como antecedentes a la creación de la carrera de Psicología en la UNLP, en el ámbito universitario: la cátedra "Psicología", a cargo del jurista Carlos Melo, en 1906, la asinatura "Anatomía y fisiología del sistema nervioso", dirigida por el Dr. Christofredo Jacob; la creación en 1906 del tercer Laboratorio de Psicología Experimental del país, bajo la dirección del Profesor Melo. Las cátedras de "Psicopedagogía", a cargo de Alfredo Calcagno en 1914, y de Psicología, en 1921 responsabilidad del Profesor Mouchet hasta 1930. El Laboratorio de Fisiopatología, destinado al estudio experimental del trabajo, a instancias del entonces Decano de la Facultad, Dr. Alfredo Palacios, en 1923. En el ámbito provincial, la creación en 1948 del Instituto de Psicología Educacional y Orientación Profesional, con la dirección de Alba Chávez de Vanni; y en 1949, la apertura de la Dirección de Psicología Educacional y Orientación Profesional, como primera dirección técnica de la Dirección General de Escuelas (Documento Autoevaluación de la Carrera de Psicología, UNLP, 2012).

un perfil ecléctico para el psicólogo, que en el campo de la clínica y la psicoterapia se limitaba a la figura de colaborador del médico. El psicoanálisis ocupaba un lugar discreto, tratado en algunos puntos o contenidos específicos de ciertas materias (Psicología Profunda, Psicología Diferencial) (Dagfal, 2009).

En 1960 se presentó un segundo Plan de Estudio, que mantenía las orientaciones del primero, pero que se realizaba en cinco años, en lugar de los cuatro años originales (Plan de Estudio. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, 1960).

El 29 de julio de 1966 el gobierno de facto de Onganía, a través del Decreto Ley 16.912, puso fin a la Autonomía Universitaria. Los rectores de las Universidades Nacionales fueron obligados a asumir como interventores dependientes del Ministerio del Interior, por esta razón, los rectores de Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Tucumán y Litoral decidieron renunciar, lo que determinó el alejamiento de otros profesores, redujo en un 60 % la planta docente, y dejó lugares vacíos y estructuras desmanteladas (Barletta, 2000). A partir de esta intervención y hasta la restauración de la democracia en 1984 y la sanción de la ley 23.068, las Universidades carecieron de autogobierno.

La Universidad no se mantuvo aislada del proceso de radicalización y conflictividad, fue uno de los ámbitos más conmovidos por las nuevas alternativas ideológicas y políticas. En este período se configuraron los grupos de militancia política, que determinaron las participaciones políticas estudiantiles de los setenta. El peronismo logró un gran respaldo de varias organizaciones estudiantiles y muchas de ellas lo reconocieron como el eje fundamental de su militancia política (Barletta, 2000). Por otra parte, distintos agrupamientos, con distintas trayectorias ideológicas, como la izquierda

tradicional, el catolicismo, el peronismo, el nacionalismo, convergieron en una cultura política que planteaba la liberación nacional, el socialismo y la revolución como alternativas (Dip, 2012).

En 1969 se realizó una propuesta para un Plan de Estudios, que finalmente no fue implementado, en este documento puede observarse el acalorado debate respecto a los alcances de la Psicología y la necesidad de adecuar el plan de formación acorde a las necesidades sociales y prácticas implementadas por los psicólogos (Plan de Estudio. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, 1969).

La propuesta de 1969 pretendía habilitar al psicólogo para realizar trabajos de investigación, e incluía asignaturas en el área y formación en metodología. Por otra parte, contenidos que con anterioridad eran transversales a las distintas asignaturas, se delimitaron en campos y materias específicas, a partir de proponer una diferenciación de las asignaturas por campos: psicológico, filosófico, biológico, social y metodológico- cuantitativo.

Ante esta situación y la presentación de un Plan academicista, los estudiantes presentaron una nota ante la comunidad académica a raíz de la propuesta de Plan de Estudio para la Rama de Psicología Clínica (1969). En la nota, los estudiantes, denunciaban que “el Plan presentado a sus espaldas se ocupaba más del psicólogo como investigador y menos del psicólogo como profesional” (Nota de estudiantes de la rama clínica para Psicología, Facultad de Humanidades y ciencias de la educación UNLP, 1969).

Defendían ante todo la vigencia de las Ramas, que consideraban imprescindibles, aludían que “el psicólogo es un trabajador de campo, y las ramas delimitan con áreas específicas de trabajo, con sus problemas,

estrategias, técnicas y métodos particulares”. Proponían una formación que incluyera las problemáticas institucionales, y solicitaban la incorporación de la asignatura “Psicología Institucional”. Respecto a la inserción laboral, concebían que la actividad del psicólogo no podía limitarse a una ayudantía en la Facultad o al trabajo en un Ministerio. El diagnóstico, la terapia y la inserción en instituciones dependientes del Estado, como la Dirección de Menores, penales, educación, hospitales, fábricas y mutuales, eran espacios propicios para la inclusión de la Psicología, y los psicólogos debían estar preparados para ello (Nota de estudiantes de la Rama clínica para Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP, 1969). Reclamaban la inclusión de una formación diferente, orientada a los grupos e instituciones. A pesar de haber formación en grupos en la carrera, esta no contaba con la perspectiva que pretendían incluir.

¿Qué sabe un psicólogo de un grupo, aparte de que la gente interacciona entre sí, que el grupo tiene un líder y algunos otros conceptos aislados? ¿Y cómo manejar las variables que se mueven en la entrevista grupal y las modificaciones de la situación que esta introduce? (Nota de estudiantes de la Rama clínica para Psicología, Facultad de Humanidades y ciencias de la educación UNLP, 1969).

El debate se centraba entre una formación erudita, meramente teórica, o una formación que incluya las perspectivas del trabajo en campo “Para un verdadero trabajo interdisciplinario el psicólogo debe saber Psicología. Hoy, cada vez están condenados al fracaso los eruditos y los improvisados. Ni unos ni otros saben trabajar, y en las ciencias, la reflexión se hace sobre el trabajo” (Nota de estudiantes de la Rama clínica para Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP, 1969).

En ese momento, la oposición respecto a los criterios academicistas, se basaba en pensar la teoría de manera inseparable de la práctica y la ideología, por entender que ambas conformaban una praxis. Tal como planteaba Bleger: se es investigador en tanto se busca intervenir sobre la realidad sobre la cual se opera, “Debemos trabajar con una finalidad de investigación pero orientada por ciertos objetivos y finalidades que seguramente la misma investigación nos hará variar” (Bleger, 1966, p. 20-21). En consonancia, el *Esquema Referencial, Conceptual y Operativo* propuesto por Pichón- Riviere (1978), también incluía la ideología y el análisis del esquema referencial de cada psicólogo o psicoterapeuta, es decir, el análisis del instrumento de trabajo y las nociones de pretarea, tarea y proyecto elementos para ubicar una actitud terapéutica. El ejercicio profesional clínico del psicólogo, se pensaba como inseparable de la investigación acerca de la realidad en la que el mismo se encuentra inmerso: la metodología no es algo externo al que-hacer profesional clínico que movilizaba a los psicólogos en este momento.

A partir del vacío que se produjo, entre lo ofrecido por la formación y lo que sucedía en el trabajo, los estudiantes comenzaron a asistir a cursos en Buenos Aires y a controles pagos. La queja es ante una formación que les transmite un “poco de todo”, pero no Psicología (Pérez *et al*, 2016).

En un segundo documento “Sugerencias y aportes recibidos por la comisión asesora” (1970) se expresó la necesidad de un título único que signifique una formación amplia y profunda en toda la Psicología, y que permita a los egresados ejercer su formación en diferentes lugares de trabajo, como una escuela, una fábrica o un hospital. La nueva estructura del Plan pretendió

abarcó el campo total sin lagunas, y facilitó la elección a partir de cursos complementarios optativos.

En 1970 se implementó un nuevo Plan, en el que se tuvo en cuenta algunas de las sugerencias señaladas. Se incorporó la asignatura “Psicología Social II” (cubría los objetivos de “Psicología Institucional”); por otra se incorporaron las asignaturas “Introducción a la Metodología de la Investigación Psicológica” y “Metodología de la Investigación Psicológica”. Se propone además un Plan de doctorado y cursos de especialización, que fueron reglamentados por el Consejo Académico y correspondieron a las tres ramas tradicionales (Clínica, Educacional y Laboral).

La interrupción de la vida democrática, implicó para el mundo académico la pérdida de autonomía universitaria. La supresión de las carreras de Psicología o bien el desmantelamiento de sus planteles docentes, por cesantía y/o desaparición de muchos de sus profesores. Estas circunstancias dieron, entre otros graves resultados, una significativa demora en la progresión y desarrollo de las carreras universitarias (De La Cruz, 2013). En la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, la Carrera de Psicología cerró su cupo de ingreso en 1976 (Piacente, Compagnucci, Schwartz, & Talou, 2000). Llamativamente, no se observan aportes bibliográficos o reconstrucciones acerca de este período atravesado por la Carrera, más que menciones ocasionales en pocos textos, que refieren al período con el anacronismo “Cupo Cero”. Vale la pena mencionar que, durante este período en la Carrera de Psicología de la UNLP, no se realizó ningún cambio en el Plan de Estudio, ni se modificaron las asignaturas a dictarse, sin embargo se ejerció un control sobre los contenidos enseñados a

partir de la intervención militar de las clases y de la expulsión y discrecional designación de docentes (Pérez *et al.*, 2016).

Con la vuelta a la vida democrática, se reinició también la etapa de normalización Universitaria: la reapertura de las carreras cerradas, los esfuerzos para la recuperación de los equipos docentes y las primeras reflexiones sobre los planes de estudio a implementar. Se causó un intento de diversificar la formación, y equilibrar la currícula con la inclusión de asignaturas en áreas no tradicionales y de materias electivas (Piacente, *et al* 2000).

En el plan de estudios de 1984 se observa que se enfatiza el ejercicio profesional en el área de la Psicología Clínica, a la vez que se especifican los ámbitos de ejercicio público (institucional y comunitario) y privado (individual, ejercicio libre de la profesión e institucional). Se especifican las incumbencias del licenciado en Psicología Clínica, Laboral, Educacional y Forense. Los objetivos se encuentran enunciados a partir de las áreas y las asignaturas. El área social tiene como objetivo el conocimiento del contexto sociocultural en el que se desenvuelve el hombre y es considerada entre las competencias o capacidades cognitivas que los alumnos deberían desarrollar, y no entre las competencias o capacidades de actuación, inserción e intervención laboral.

Los Planes de Estudio del retorno a la democracia, afianzaron la construcción de Políticas Públicas Sociales características del neo-liberalismo; el achicamiento del Estado, las altas tasas de desocupación laboral y la precarización de gran número de trabajadores, en yuxtaposición con las nuevas disposiciones legales para la educación superior, que permitieron arancelar los estudios de posgrado y considerarla un bien comercial, atacó su

concepción como uno de los Derechos Humanos de los habitantes (Pérez, 2014).

La predominancia de la orientación psicoanalítica para la Psicología, en Argentina, significó una diferenciación con la Psicología Latinoamericana, que se caracterizó por un mayor interés hacia las problemáticas sociales. “Los psicoanalistas que están en las universidades en Brasil, ante todo, son académicos de la Psicología y, en segundo lugar, psicoanalistas. En Argentina fue exactamente al revés, primero fueron psicoanalistas y, me atrevo a decir, en segundo lugar, también” (Klappenbach en: Calabresi & Polanco, 2011, p. 618). Este perfil profesional es acompañado de un perfil formativo psicoanalítico europeo no atinente a la formación psicológica a nivel internacional y regional, donde las producciones de autores latinoamericanos se encuentran prácticamente ausentes (Moya & Di Doménico, 2012).

En la actualidad, la característica clínica- profesional, predominantemente psicoanalítica, de la formación de grado del psicólogo, y la preponderancia del ámbito profesional por sobre el académico, es afirmada en una amplia serie bibliográfica (Piacente, 1998; Klappenbach 2000; Di Doménico, 2007; Dagfal, 2009; García, 2009; Vázquez Ferrero, 2010). Para el año 2012 se contabilizaron en Argentina un total de diez Universidades Nacionales Públicas, y treinta y un Universidades Privadas en las que se dicta la Carrera de Psicología, con una cantidad de egresados total al 2012 de 88.290 (Alonso & Klinar, 2013).

En la actualidad, en Argentina, se encuentra en concreción la acreditación de las diferentes carreras de Psicología del país (Di Doménico & Piacente, 2003; Di Doménico & Piacente, 2011). Tanto la Ley 24.521 de educación

superior (LES), que en su Artículo 43 establece la categoría de “Carreras de interés público”, como la Resolución 343/09 del Ministerio de Educación, concibe que el ejercicio de la Psicología puede comprometer el interés público, y poner en riesgo de modo directo los derechos, la salud, los bienes o la formación de los habitantes. Se exige el cumplimiento de determinada carga horaria, contenidos curriculares básicos, criterios sobre la formación práctica y acreditación periódica por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

En el año 2012 se realizan modificaciones en el Plan de Estudio, y se incorpora la realización de un Trabajo Integrador Final (en adelante: TIF), y la implementación de Prácticas Profesionales Supervisadas (en adelante: PPS), en los últimos dos años del ciclo profesional. En el Reglamento de Enseñanza y Promoción de la Facultad de Psicología, UNLP, publicado en el 2013, se plantea la realización de un total de 250hs obligatorias de prácticas para todos los alumnos de la carrera, que contemplan la supervisión de las actividades, la adecuación a las pautas relativas al funcionamiento de las instituciones dónde las mismas se llevan a cabo, y la iniciación a la intervención psicológica propiamente dicha, a partir de la orientación y la planificación realizada por el docente responsable. Las PPS “constituyen prácticas en diferentes ámbitos de aplicación de la Psicología, destinadas a la vinculación del mundo académico con el mundo del trabajo, a través de la integración de los conocimientos teórico-prácticos, que garanticen el aprendizaje de los contenidos procedimentales (“saber hacer”) y de las reglas de funcionamiento profesional”.

5.5 PERFIL PROFESIONAL

5.5.1 EL PSICÓLOGO AGENTE DE CAMBIO

A partir de la década de los sesentas (Terán, 1991), se incorporaron a la vida pública los primeros graduados de las carreras de Psicología de Argentina. En este período el emblema profesional se forjaba en entender al psicólogo como *agente de cambio*, en referencia a una idea de cambio social, personal y social (Pérez, 2010). El paradigma de la salud mental, se encontraba ligado a una idea particular de lo público, valorado como espacio de lucha y acción para transformar la sociedad, y rescatar la identidad personal del paciente, negada y degradada en los hospicios (Bleger, 1966; Pichón Riviere, 1978).

En este contexto, el 24 de enero de 1967, se presentó el Decreto Ley n° 17.132 “Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas”, que ubicó al psicólogo como una figura auxiliar de la medicina.

La invención del nuevo rol profesional, dio por resultado un producto singular “el psicólogo de orientación psicoanalítica”. La identidad profesional de los primeros psicólogos-psicoanalistas se construyó de manera reactiva, por oposición a las restricciones que suponía su rol auxiliar de la medicina, y a partir de la restricción de sus competencias en el campo de la clínica y del perfil científico de los creadores de las carreras, que no tenían intenciones de que los psicólogos se avocasen a prácticas psicoterapéuticas (Dagfal, 2014). El psicoanálisis que interesaba a los psicólogos en este momento, se caracterizaba por su permeabilidad al momento socio histórico, su valor se encontraba en la apertura de la senda del diván a la calle, como técnica que

permitía resolver los problemas de la realidad cotidiana de la comunidad (Moffatt,1974).

Fue también en este período cuando comenzaron a visibilizarse las tendencias que en los setenta produjeron la ruptura con la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA): Documento y Plataforma. Mientras la Psicología se tornaba cada vez más clínica y psicoanalítica, Bleger, representaba la intersección más acabada entre la Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología, producida al calor de la política. Consideraba como necesidad pasar de la terapia a la Psicología, de la psicohigiene a la psicoprofilaxis, de la Psicología de la curación a la Psicología del Aprendizaje, de la Psicología Individual a la Psicología Institucional, y la Psicología de la Comunidad; era un deber llevar la Psicología a la vida cotidiana y no esperar que la gente se enferme para intervenir (Bauleo, Bleger, *et al*, 1969).

5.5.2 PSICÓLOGO COMO TRABAJADOR DE LA SALUD MENTAL

La nominación de trabajador de la salud mental refiere a una significación de psicólogo se crea en el imaginario social y lo iguala a otros trabajadores del campo, sin perder la especificidad de su saber y sus acciones, reconoce la posible existencia de relaciones laborales de dependencia, principalmente del Estado (Pérez, 2014, p.176).

Considerar al psicólogo como trabajador de la salud mental, implicó concebirlo como un profesional con participación en los acontecimientos colectivos, involucrado con el momento sociopolítico y las luchas populares. La dictadura cívico-militar que se instaló en 1976, tuvo un fuerte impacto en estas ideas sobre la profesión, y atacó directamente los espacios públicos de formación y asistencia (Pérez, 2014). Al respecto, Carpintero y Vainer (2004) afirman que el proyecto de incorporar a Argentina en el capitalismo mundial,

[170]

significó, en el campo de la salud mental, la represión de los planes reformistas y sus principales actores. “Las experiencias que habían sido un avance se dismantelaron en todo el país (...) en este contexto la mayor parte de los trabajadores de la salud mental se recluyeron en el ámbito privado” (Carpintero & Vainer, 2004, p. 330).

La Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), que surgió en octubre de 1959, tenía el propósito de insertar a los psiquiatras en el naciente campo de la salud mental, como defensa corporativa de sus intereses, frente a las profesiones emergentes. Desde esta Federación, se consideró que la salud mental era una cuestión política, por esta razón, los dispositivos alternativos de atención debían considerarse en términos políticos e ideológicos, y atender al consenso de la comunidad (Vainer & Carpintero, 2000; del Cueto, 2014).

5.5.3 COORDINADORA DE TRABAJADORES EN SALUD MENTAL Y CENTRO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

A finalizar el año 1971 las diferentes asociaciones gremiales de la Ciudad de Buenos Aires, que agrupaban a psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales y psiquiatras, dieron inicio a una entidad que coordinaba su acción en los diversos campos de su actividad, a partir de ciertas coincidencias ideológicas y políticas. Se argumentaron causas ideológicas y políticas, los dos grupos de psicoanalistas, Plataforma y Documento, renunciaron a la Asociación Psicoanalítica Argentina, y manifestaron la necesidad de emprender actividades científicas y gremiales inscriptas en un proyecto político dónde el psicoanálisis estuviera al servicio de una sociedad socialista (Dubcousky, 1973). El grupo Plataforma tenía el propósito de configurar un psicoanálisis que se enfrentara a la adaptación irreflexiva del individuo a la sociedad y se alejara

de las estrategias de control social. Impulsados por los ecos del Movimiento Estudiantil del Mayo Francés y del Cordobazo, intentaban derribar el mito de la neutralidad valorativa del científico (Volnovich, 2000).

En Abril de 1972, por iniciativa del grupo Documento, que inscribió su accionar en instituciones gremiales, se constituyó la Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental (CTSM) y su Centro de Docencia e Investigación (CDI). La CTSM estaba integrada por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, La Asociación de Psiquiatras de Buenos Aires, la Asociación de Psicopedagogos de Buenos Aires y la Asociación Nacional de Profesionales del Servicio Social en Salud Mental, su propósito consistía en una intervención política en salud mental en relación a lo social, a partir de establecer nuevas relaciones con el Modelo Médico, el aparato público de salud y las políticas generales (Galende, 1990).

En el año 1980, desde el Ministro de Cultura y Educación de la Nación, Llerena Amadeo, firmó la Resolución 1.560/80 conocida como la “resolución de los tres NO” que delimitaba las incumbencias para el título de Psicólogo y restringía el alcance del título de Psicólogo en consonancia con la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina y establecía para el psicólogo las restricciones a la psicoterapia, al psicoanálisis y a la administración de psicotrópicos (Resolución n° 1560/80).

En la Provincia de Buenos Aires, en el año 1983, con la posibilidad que otorgó la democracia, se retomaron las gestiones para la obtención de una Ley para legalizar el Ejercicio Profesional del Psicólogo. En noviembre de 1985, se promulgó de hecho la Ley Nacional de Ejercicio Profesional que establecía el ámbito, autoridad de aplicación, condiciones de ejercicio, inhabilidades e

incompatibilidades, derechos, obligaciones y prohibiciones en el ejercicio de la Psicología (Dagfal, 2009).

Algunos aspectos de la dictadura continúan hoy en nuestro medio: “los desaparecidos y sus huellas”: los cientos de Trabajadores de Salud Mental y estudiantes que fueron desaparecidos y asesinados, y en alcance sobre la construcción del conocimiento, la transmisión de saberes, las teorías y prácticas. Con la última dictadura cívico- militar en el país, el terror se focalizó en los gremios e instituciones y se prohibió todo encuentro grupal sin autorización policial. Las experiencias que demostraron que los manicomios eternos eran una decisión política de los psiquiatras manicomiales, se cerraron o funcionaron a puertas cerradas: Colonia Federal fue desmantelado, el servicio de Lanús atacado, Goldenberg fue forzado a exiliarse en Venezuela; Marta Brea, jefa del equipo de Adolescencia, fue desaparecida. Los trabajos comunitarios y barriales dejaron de funcionar. La Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental y su Centro de Docencia e Investigación, también cerró, y el proyecto del Sistema Integrado de Salud fue finalmente derogado en 1977 (Vainer, 2005; Ierace, 2013).

Para 1983, todo había cambiado. Ni quienes habían luchado dentro del país, ni quienes regresaron del exilio, permanecieron ilesos a los ataques: “Un efecto claro del daño infligido a la memoria de muchos colegas, psiquiatras y psicólogos, se expresó en la organización, en 1984, de un Congreso Nacional de Psiquiatría, bajo el amparo del “retorno de la democracia”, se habían realizado hasta 1976 siete congresos y a este, que le hubiera correspondido ser el octavo, se lo llamó “Primer Congreso Argentino de Psiquiatría” (Galende, 2014).

Se estima que para el año 2012 había un total de 78.903 psicólogos activos. De estos psicólogos en actividad, de un 22% a 76% se distribuía en el ámbito público, mientras que un 47% a 90% lo hacía en el ámbito privado. Si se tiene en cuenta la distribución por áreas de actividad, de un 50% a 90% de encuentra en el ámbito clínico, un 0.5% a 40% en educacional, 0.1% a 11% en el campo forense, un 0.1% a 10%, en laboral y 0.1% a 02% en comunitaria (Alonso & Klinar, 2013).

La valoración de lo privado, la devaluación de lo público, la prevalencia de los intereses individuales sobre los colectivos, la competitividad de los vínculos, son producciones subjetivas derivadas de la lógica del mercado y del consumo (Fernández, 2008).

Consideramos que irrumpieron significaciones colectivas que producen fuertes líneas de sentido en los imaginarios profesionales contemporáneos. La hegemonía del modelo económico neoliberal, en las últimas décadas del siglo XX, tuvo por correlato la crisis, o acaso el desmantelamiento del Estado de Bienestar. El contrato social que sostenía el derecho al trabajo, la lucha contra la pobreza, la protección ante riesgos individuales y sociales- seguridad social- y la promoción de la igualdad de oportunidades, es cuestionado en sus fundamentos. (Pérez, 2003, p.5).

5.6 IMAGINARIOS Y REPRESENTACIONES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Como se ha anticipado en el apartado de presentación, existen diferentes estudios que abordan las representaciones e imaginarios de graduados y estudiantes acerca de su formación y ejercicio profesional, en diferentes campos disciplinares (Piña Osorio & Cuevas Cajiga, 2004; Murcia Peña & Jaramillo Etcheverri, 2005; Aranda, 2011; Martínez Sierra, 2011; Domínguez Gutiérrez, 2013; Santos Sainz, 2013; Ladino & Marinkovich, 2013).

Respecto a la Psicología, desde el marco de la Psicología de la Orientación y la Psicología Social, en la Universidad de Buenos Aires, un estudio exploratorio descriptivo, a partir de cuestionarios realizado con estudiantes (N=406), y entrevistas individuales a graduados (N=15), se concluyó que la formación orienta la elección de las áreas para el ejercicio profesional, y que los estudiantes consideran el quehacer clínico como central. Distintos autores, coinciden en afirmar que en Argentina, la inserción laboral del psicólogo está fuertemente orientada al área clínica; en un segundo lugar se encuentran las áreas laboral y educativa, y por último el área forense. En algunos casos se señala la insuficiencia que presenta una formación centrada exclusivamente en el psicoanálisis, y la importancia de formarse en áreas que se prioricen los problemas y la realidad social del país (Benatuil & Laurito, 2009; Scaglia, Loudieu, Déboli, Noailles, Antman, 2003; Aisenson, Monedero, Batlle, Legaspi, Aisenson, Vidondo, Nicotra, Valenzuela, Davinson, & Alonso, 2005; Salas, 2013).

En relación a la formación, los estudiantes señalan la necesidad de contar con actividades prácticas, lo que consideran les daría mayor seguridad al momento del egreso. Respecto al proyecto profesional, manifiestan una fuerte preocupación respecto a poder lograr una inserción adecuada, que garantice sus ingresos económicos (Aisenson *et al*, 2005; Noailles, 2005).

Alonso (2012), plantea que existe una sobresaturación respecto al área clínica, que condujo a un estado de precarización laboral de los psicólogos, otro dato relevante aportado por el investigador, consiste en que esta tendencia hegemónica de los psicólogos argentinos hacia la clínica psicoanalítica, sea

pensada en oposición a áreas como la APS, la prevención o intervención comunitaria, que se presentarían como excluyentes.

Al considerar este planteo, Noailles (2005) analiza las representaciones de los psicólogos egresados de la UBA acerca de su práctica profesional, a partir de un análisis diacrónico del período 1961-1999. Los resultados de este trabajo, ponen en evidencia un cambio respecto de los intereses de los psicólogos, ya que mientras que de los egresados del período 1961-1966 sólo un 50% eligió la clínica como su área de especialización, este número aumentó para los egresados del período 1991-1999, de los cuales un 85% dice haberse especializado en esta área. Por otra parte, un 33% de los egresados en el período 1961-1966, lo hicieron en el área comunitaria.

Otro grupo de trabajos, que exploran los imaginarios estudiantiles en la UBA, a través de las técnicas de multiplicación dramática y cuestionarios, presentan como resultados: escenas donde las clases y los docentes son aburridos, las clases tediosas. Ante las problemáticas no se presentan acciones colectivas (políticas) para cambiar reglamentos, la respuesta en todo caso radica en omitir las normas (Fernández & López, 2008).

Si miramos la universidad los estudiantes desconocen- descreen del cogobierno. No hablan de agrupaciones, sino de partidos políticos y a sus compañeros miembros de los centros de estudiantes, consejos directivos y superior no los ven como estudiantes, sino como miembros de organizaciones partidarias cuyas actividades para el conjunto de la universidad son ajenas y desconocidas (Fernández, 2008, p. 22).

Respecto a la valoración de los contenidos formativos que mantienen los estudiantes de Psicología, Moya, Di Doménico y Castañeiras (2009), realizaron

un trabajo a partir de encuestas a dos muestras de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que cursaban el ciclo de formación básica (N=94) y el ciclo de formación profesional (N=45), durante el año 2008. Los resultados arrojaron que los estudiantes del ciclo profesional valoran más los contenidos en relación a lo educacional, organizacional y jurídico, que los estudiantes ingresantes. Ambos grupos estudiados coinciden en la importancia del ámbito clínico para la formación; mientras que se presentó un bajo grado de acuerdo acerca de asignaturas como Psicología Económica y Psicología Política, lo que evidencia un desconocimiento de estos campos poco desarrollados en Argentina, y no incluídos en la formación de grado.

Los estudiantes plantean que se reciben sin aprender, ni saber qué hacer, hay desorientación frente a la posibilidad del ejercicio profesional, y queja por el recurso único que supuestamente brinda la facultad: el psicoanálisis. La locura se presenta como peligrosa, y no se plantean recursos técnicos para su abordaje, se genera exclusión e indiferencia, o apelación a cualidades personales para dar un tratamiento al respecto: *amor*, *paciencia*, o directamente el apelar a *personal capacitado*, que por supuesto, no es el psicólogo (Fernández & López, 2008).

Distintos trabajos desde una perspectiva del análisis institucional, plantean que los equipos de salud se encuentran en muchos casos ante una matriz de sufrimiento similar a la cultura de la mortificación señalada por Ulloa (2012), sino zozobrados en ella: la falta de fuerza, alegría, lo mortecino y la queja invaden las prácticas cotidianas, y el individuo, imposibilitado de hacer lazo, se encuentra ante “la desaparición de la valentía, que da lugar a una resignación

acobardada, la merma de la inteligencia, e incluso el establecimiento de una suerte de idiotismo” (Ulloa, 2012: 214); que se refleja en la queja y en la ausencia de transgresiones, a lo sumo alguna infracción (Pérez, 2014).

Este estudio coincide con los resultados presentados por Noallies (2005), respecto a imaginar el espacio clínico psicoanalítico como el más deseado, pero el más difícil para constituir un sustento económico.

El trabajo en hospital público, está más ligado al interés por la formación que el mismo ofrece, la variedad de casos y patologías a conocer, el trabajo en equipo, y se ve como algo transitorio o de medio tiempo (Antman, 2001,2003; Noallies, 2005).

Por lo que se refiere a la concepción de política se plantea:

El establecimiento de corporaciones privadas en lo público fue consolidando valoraciones, pactos, apropiaciones de territorios por parte de instituciones profesionales, que al no interesarse por desplegar las posibilidades asistenciales, preventivas y comunitarias que la realidad hospitalaria podía y debía desplegar, fue relegando los espacios hospitalarios como lugares degradados de atención privada (Fernández, 2008, p.17).

Este modo de considerar la política por parte de los estudiantes, tiene puntos de coincidencia con un trabajo realizado acerca de las representaciones de estudiantes de educación superior, en Venezuela (Villarroel & De Armas, 2005), en el cual, a partir de la metodología de grupos focales y asociación libre, se concluye que la representación de política se estructura alrededor de las palabras corrupción, robo y mentira, desarticulada de cualquier conducta o acción política. El autor encuentra que un 49% del total de los psicólogos entrevistados, señalan que la participación política no es un aspecto importante en su vida, y que su transcurrir en la universidad se circunscribe al estudio. En

cambio, los egresados de los años sesenta y setenta, manifiestan haber tenido como estudiantes interés por la política y la militancia.

De forma similar, un trabajo realizado a partir de la perspectiva Emic, que recurre a técnicas de entrevistas en profundidad, observación participante, grupos focales y dispositivos psicodinámicos, propone que los trabajadores de la salud, perciben los problemas que afectan su trabajo lejanos, por lo que se ven imposibilitados de modificar las condiciones que les producen malestar (Zaldúa, 2011).

En esta línea, Pérez Chávez y Lenta (2011), plantean que los trabajadores de la salud se encuentran capturados en una oferta clínica asistencial, mientras que asocian el trabajo comunitario con cierto nivel de peligrosidad y violencia, mientras que se subestima el trabajo en los centros de salud.

Se entiende que, como consecuencia de este tipo de formación, se produce una tendencia por parte del psicólogo a concebir las áreas de la Psicología a partir del parámetro del modelo clínico, en el que se trasladan prácticas propias del consultorio privado, centradas en lo individual, al ámbito público. En este movimiento se simplifican problemáticas, a partir de reduccionismos teóricos o explicativos (Pérez, 2005; Saforcada, 2006; Ressia & Sánchez, 2015; Zaldúa, 2016).

5.7 ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS ACTUALES EN EL CICLO PROFESIONAL PARA LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (UNLP)

A continuación se presentan los resultados del análisis realizado sobre los programas correspondientes al ciclo profesional de las asignaturas pertenecientes a la Licenciatura en Psicología de la UNLP. Como referencia de

esta metodología en el análisis, se referencian trabajos similares: Klappenbach, & Arrigoni, 2011; Moya y Di doménico, 2012b; D'Agostino, 2015.

MUESTRA

La muestra está constituía por los programas de las asignaturas del *ciclo de formación profesional* de la Licenciatura en Psicología, UNLP, aprobados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Psicología, en los años 2012 y 2016. Se trabajo con un $n=30$; es decir, que se tomó un programa por cada asignatura que conforma el ciclo estudiado, para el período 2012 y luego para el período 2016. Las fases y procedimiento del estudio, similares a los descriptos en Klappenbach y Arrigoni (2011), fueron los siguientes:

PROCEDIMIENTO

Primer momento

Se realizó una descripción general de los programas, y de las nociones que con mayor frecuencia se presentan en los mismos de forma espontánea. Para este propósito, se descartaron del análisis todas las preposiciones, ya que presentaban frecuencias desproporcionadas en relación al conjunto de palabras, y no referían a contenidos específicos.

Segundo momento

En un segundo momento, se confeccionó un listado de conceptos, a partir de los aspectos relevados en la bibliografía sobre las PPS, y las PPS en salud, y las áreas propuestas por AUAPsi, señalados en los capítulos previos.

Entre estas mencionamos:

- Adicción

- Comunidad
- Derechos Humanos
- Inclusión social
- Interdisciplina
- Participación
- Políticas Públicas/ Sociales
- Prevención
- Promoción
- Público
- Salud mental
- Sanitaria
- Sanitario/ Sanitaria

Para el armado de estos conceptos se vincularon todas las palabras clave asociadas²⁸, considerando la noción de paratexto, cotexto y contexto (Narvaja de Arnoux; Di Stefano & Pereira, 2004).

Tercer momento

En tercer lugar, se realizó un análisis exploratorio a partir de una lectura general de los programas, seguida de una lectura más detallada, a fin de identificar y registrar entre los fundamentos, objetivos, contenidos y bibliografía,

²⁸ Salud Mental, mentales; Adicción, adicciones; Inclusión, inclusiva, inclusivas; Interdisciplina, interdisciplinar, interdisciplinaria, interdisciplinariamente, interdisciplinarias, interdisciplinariedad, interdisciplinario, interdisciplinarios; Prevención, prevenido, prevenir, preventiva, preventivas, preventivo, preventivos, prevención; comunidad, comunidades, comunitaria, comunitarias, comunitario, comunitarios; Política pública, públicas; Sanitaria, sanitarias, sanitario, sanitarios.

la frecuencia de aparición de los conceptos en los programas de las asignaturas²⁹ del ciclo profesional de la Licenciatura en Psicología, UNLP.

A partir del análisis de los documentos y de la lectura de las legislaciones vigentes se establecieron las siguientes categorías:

Para el *análisis de los datos*, se recurrió al análisis de contenidos (Hernández Sampieri, *et al* 2005), definido en el capítulo 2 dedicado a la estrategia metodológica. Durante las distintas fases del proceso, se recurrió a la asistencia del programa informático ATLAS.ti (Hernández Sampieri, *et al* 2005; Varguillas, 2006).

RESULTADOS

El contenido final de palabras que se observan en la totalidad de los programas analizados es de 188.190.

Para poder realizar una comparación entre los programas, se delimitó la proporción para cada frecuencia, de acuerdo al total de palabras por programa (Ver anexo I).

Primer momento

En la **Tabla 5.A**, se presenta un listado detallado de las diecisiete palabras que se presentan con mayor frecuencia en el total de los programas analizados. Se detalla además la frecuencia relativa que presenta cada una de

²⁹ Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica; Psicología Institucional; Psicopatología II; Psicopatología I; Seminario Psicología Experimental; Psicodiagnóstico; Psicología Educacional; Psicología Preventiva; Psicoterapia I; Psicoterapia II; Orientación Vocacional; Psicología clínica de adultos y gerontes; Psicología clínica de niños y adolescentes; Psicología Forense; Psicología Laboral.

acuerdo a cada uno de los programas. Se han dejado espacios en blanco, para los casos en los que la frecuencia era igual a cero.

Tabla 5.A. Listado de las palabras más frecuentes en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (Año 2012)

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	Total
Psicología	58	80	78	22	155	16	132	67	15	38	57	27	22	234	80	1081
Investigación	30	30	13	7	236	24	19	18	2	10	31	6	13	7	14	460
Clínica	5	8	5	69	2	52	1		7	49	6	92	51	23	2	372
Paidós	51	16	14	19	11	58	17	39	6	22	37	31	2	12	18	353
Salud	4	26	21	6	2	5	3	134		7	11	5	2	83	24	333
Campo	3	46	17	32	28	16	53	24	7	48	15	12	3	10	14	328
Orientación	1	2		2			12	14		2	274	4			5	316
Revista	15	10	5	10	12	27	33	6	3	22	43	21	4	92	12	315
Social	2	49	1	2	17	1	38	20		24	15	6	2	108	9	294
Trabajo	25	23	13	26	19	19	34	15	11	19	26	18	15	10	16	289
Freud	6		11	101		3			60		1	22	51	15	4	274
Psicoanálisis	6	13	9	45		32		5	29	28		43	45	13	3	271
Psicodiagnóstico	55			1		187			1		4	3	4	5	4	264
Derecho		14	13		5		9	1		1	1			214		258
Análisis	11	47	6	13	34	2	48	8	11	12	15	18	6	2	16	249
Desarrollo	2	2	42	3	6	6	87	8			24		13	11	37	241
Educación	6	5	12	3	14	2	112	9		3	50	2	3	4	5	230

Fuente: cuadro elaborado con ATLAS. Ti. Los espacios en blanco corresponden a frecuencia igual a cero.

REFERENCIAS

P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II –P2. Ps. Institucional - P3. Psicopatología II -P4. Psicopatología I- P5. Seminario Psicología Experimental -P6. Psicodiagnóstico –P7. Ps. educacional –P8. Ps. Preventiva –P9. Psicoterapia I –P10. Psicoterapia II-P11. Orientación Vocacional- P12. Ps. clínica de adultos y gerontes –P13. Ps. clínica de niños y adolescentes –P14. Ps. Forense –P15. Ps. Laboral

En la **Tabla 5.A**, se observa que para el año 2012 la palabra más frecuente es *psicología* (1081), seguida por *investigación* (460), *clínica* (372), y por la editorial *Paidós* (353), indicada en el apartado de bibliografía de los programas estudiados.

Salud (333) y *campo* (328), ocupan el quinto y sexto lugar, respectivamente.

Entre estas diecisiete palabras que se presentan con mayor frecuencia, se encuentran cuatro que refieren a las áreas o actividades reservadas al título del psicólogo, de acuerdo a AUAPsi: *investigación* (460), *orientación* (316), *psicodiagnóstico* (264), y *educación* (230). Mientras que *orientación* y *psicodiagnóstico*, concentran su presencia cada una en un programa en particular: (Orientación Vocacional y Psicodiagnóstico, respectivamente), para los casos de *investigación* y *educación*, si bien también se observa una frecuencia elevada, esta se concentra en dos asignaturas (Seminario Psicología Experimental y Psicología Educacional).

A partir de la lectura de los programas, se evidencia que la referencia a investigación coincide con los apartados en los que se mencionan las actividades desarrolladas por las cátedras, y no necesariamente en contenidos seleccionados para la enseñanza.

Se observa también que el concepto *derecho* (258), a pesar de su alta frecuencia, se concentra en una asignatura (Psicología Forense).

Por último, vemos que entre las diecisiete palabras con mayor frecuencia, se encuentra un autor: *Freud* (274). La mayor frecuencia para esta categoría se encuentra en la asignatura Psicopatología I, vinculada a las frecuencias más elevadas para *psicoanálisis* y *clínica*, aunque la distribución de este concepto es equitativa en todos los programas, vinculado al apartado de bibliografía obligatoria.

Si se observa la **Tabla 5.B**, que presenta las mayores frecuencias en los programas 2016, se encuentra que el total de las palabras que incluyen los 15 programas estudiados, asciende a 213.812.

Las palabras que aparecen con mayor frecuencia se mantienen respecto al análisis 2012, sin embargo todas ellas aumentaron su presencia, a excepción de *desarrollo, educación y psicodiagnóstico*, que disminuyeron.

También es posible admirar que la distribución es más homogénea entre los diferentes programas, y existe menor polarización. Algunas de las palabras analizadas modificaron significativamente su ubicación, por ejemplo, Freud pasó del puesto número once en el año 2012, a siete en 2016, *análisis* del puesto quince al trece, y psicoanálisis del doce al nueve.

La palabra *trabajo*, ascendió de puesto y pasó del número diez, al segundo lugar. Al observar los programas y el contexto en que aparece la misma, se refiere a una modalidad de evaluación para los estudiantes, que podría verse aumentada con la inclusión del régimen por promoción sin examen final y las prácticas profesionales supervisadas.

La noción *derecho* conserva su orden respecto a la frecuencia de 2012, y es la categoría que presenta mayor heterogeneidad respecto a su distribución: se concentra mayoritariamente en una de las asignaturas (Psicología Forense), y en seis programas es directamente ausente.

Tabla 5.B. Listado de las palabras más frecuentes en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (Año 2016)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Total
Psicología	99	74	52	29	126	16	117	65	13	41	61	30	28	234	35	1020
Trabajo	24	43	8	21	30	11	43	27	19	21	76	14	32	26	182	577
Investigación	27	22	22	11	268	21	23	12	2	10	31	8	9	7	25	498
Clínica	6	7	27	106	2	59	1	3	6	59	4	109	80	22	3	494
Salud	2	30	18	43	2	4	1	165	2	8	17	19	7	87	61	466
Paidós	48	8	14	56	11	33	25	48	40	21	33	33	44	12	2	428
Freud	8		17	199		2			66		1	22	17	15		347
Revista	5	3	23	11	16	16	23	11	31	24	48	24	21	94	11	361
Psicoanálisis	7	6	37	72	6	22		8	34	21		44	61	13		331
Orientación	2	2	3	3		1	21	9		1	267	7		2	2	320
Social	2	37	7	11	16	2	32	20	3	27	14	9	8	110	15	313
Campo	4	38	20	39	20	13	21	13	6	48	22	14	8	11	21	298
Análisis	18	42	9	23	33	6	42	8	24	14	13	17	13	5	21	288
Derechos		9	2	6	5		11	9		1	1			211		255
Psicodiagnóstico	43			1		188			1	1	4	3	4	6	3	254
Educación	4		7	3	12	2	106	10		4	56	1	2	5	10	222
Desarrollo	6	2	34	7	6	6	78	10	2	1	24	1	19	13	6	215

Fuente: cuadro elaborado con ATLAS. Ti. Los espacios en blanco corresponden a frecuencia igual a cero.

REFERENCIAS

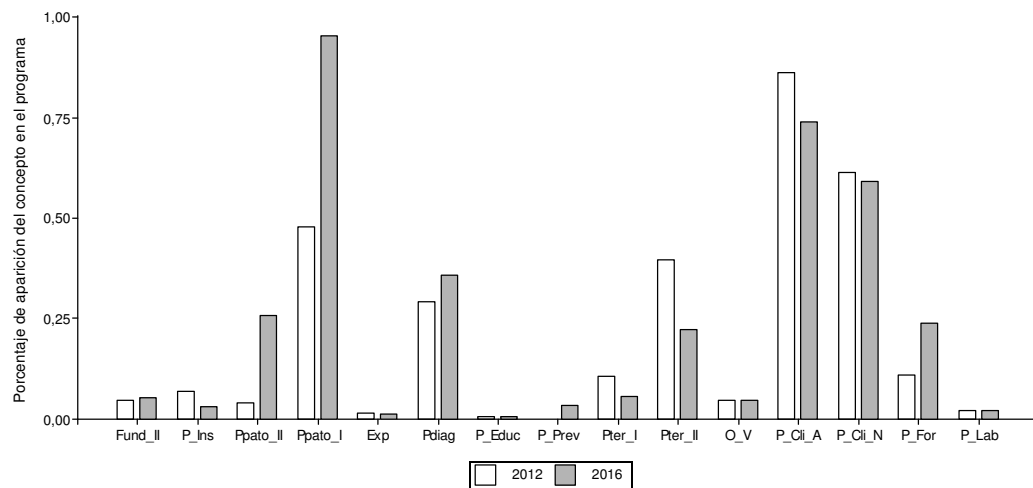
P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II –P2. Ps. Institucional - P3. Psicopatología II -P4. Psicopatología I- P5. Seminario Psicología Experimental -P6. Psicodiagnóstico –P7. Ps. educacional –P8. Ps. Preventiva –P9. Psicoterapia I –P10. Psicoterapia II-P11. Orientación Vocacional- P12. Ps. clínica de adultos y gerontes –P13. Ps. clínica de niños y adolescentes –P14. Ps. Forense –P15. Ps. Laboral

Para poder comparar cuantitativamente los contenidos de los programas 2012-2016, se procedió a calcular la proporción de la aparición de cada concepto seleccionado, en cada uno de los programas, respecto al total de palabras que presenta cada uno de ellos.

En la **Tabla 5.B** es posible observar qué durante el año 2016, el concepto *clínica* aumento su frecuencia de aparición, respecto al año 2012. Esta tendencia se confirma en el **Gráfico 5.A**, dónde se compara la aparición

espontánea de la palabra *clínica* en los años 2012 y 2016. Se verifica que se produce un aumento en la mayoría de las asignaturas, a excepción de *Clínica de niños y adolescentes* y *Clínica de adultos y gerontes*, en la que apenas disminuye, y en *Orientación Vocacional* y *Psicología Laboral*, dónde la tendencia se mantiene.

Gráfico 5.A. Porcentaje de aparición del término Clínica en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



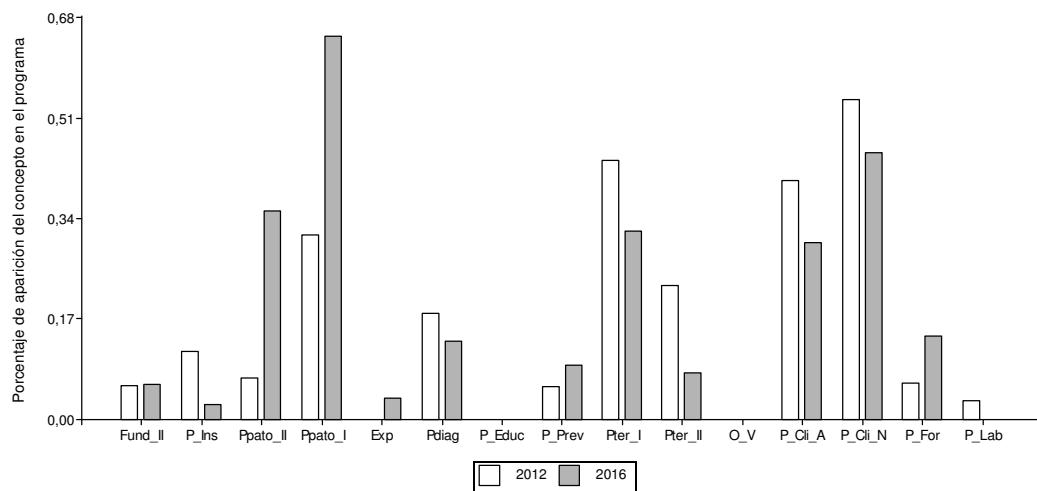
Referencias

P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

El **Gráfico 5.B**, sobre el concepto *psicoanálisis* se observa que el concepto clínica, que aumentó en el año 2012, como se demuestra en el cuadro previo, no se vincula necesariamente con un aumento de la referencia al psicoanálisis. La referencia al concepto *psicoanálisis*, aumenta en dos asignaturas (Psicopatología I y II), en el año 2016, en relación al 2012, mantiene su

proporción en una (Fundamentos Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II), se presenta en Psicología Experimental, y disminuye en el resto de las asignaturas.

Gráfico 5.B. Porcentaje de aparición del término Psicoanálisis en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)

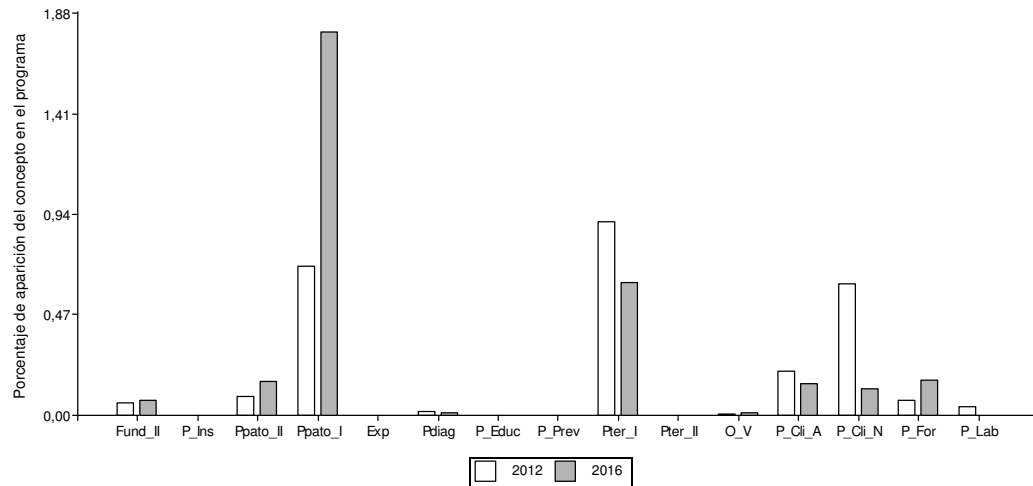


P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)– P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)–P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)– P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)–P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) –P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) – P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

Ahora bien, ¿qué ocurre respecto al autor más citado, de acuerdo a lo referenciado previamente? ¿Hay algún vínculo o proporción entre considerar al autor y la clínica y el psicoanálisis? Si bien, vemos que este autor se encuentra entre los conceptos que espontáneamente y con mayor frecuencia aparecen en los programas de las asignaturas, el **Gráfico 5.C**, refleja que lo hace de manera proporcional a la aparición de las demás palabras. La presencia del autor aumenta en 2016 en dos asignaturas, y se polariza en una de ellas

(Psicopatología I). En el resto de las asignaturas, se observa una disminución en el 2016, respecto al conjunto de programas del 2012.

Gráfico 5.C. Porcentaje de aparición del término Freud en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

Segundo momento

Este momento corresponde a la búsqueda intencional de palabras seleccionadas y construidas por las investigadoras, a partir de las propuestas de las PPS actuales.

En la **Tabla 5.C**, se observa la baja frecuencia con la que aparecen las palabras clave mencionadas durante el año 2012, que además presentan la tendencia de concentrarse en asignaturas determinadas, en vez de transversalizar las mismas.

Respecto a las palabras *sanitaria* y *comunitaria*, vemos que la primera es nombrada en un único programa (que corresponde a Psicología Preventiva), mientras que la segunda, es mencionada con una baja frecuencia, y concentrada en unas pocas asignaturas.

En el programa de la asignatura Psicología Preventiva, es donde parece presentarse el requisito de incluir la presencia de todos los conceptos analizados, mientras que Psicología Forense y Orientación Vocacional la secundan.

El término *adicciones*, se observa con mayor frecuencia en una materia (Psicología Forense), y apenas es contemplada en otras cinco.

La categoría de *inclusión social*, es tratada en términos de inclusión escolar, en el ámbito específicamente educativo. Resulta pertinente señalar que esta categoría aparece relacionada con referencias a *prevención*, *comunidad* e *interdisciplina*.

En la **Tabla 5.D**, que presenta las frecuencias de los conceptos en el año 2016, la consideración de la *salud mental* parece aumentar significativamente, y se modifican las asignaturas que mencionan este término con mayor

frecuencia (Psicopatología I, Psicología Forense, Psicología Preventiva y Psicopatología II). En tres de ellas está noción se menciona en asociación a las palabras *prevención, comunitario, política pública, inclusión, interdisciplina y adicciones*; y es en Psicopatología I, dónde mayores cambios se observan al respecto, entre los años analizados.

TABLA 5.C Frecuencia de categorías seleccionadas en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012)

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	total
Salud mental	5	19	41	25		9	11	32	4	3		5	6	68	18	246
Prevención	4	1		1		1	6	83	1	1	19	1		28	9	155
Comunitario	1	19	1		2		10	38		16	4	2		26	1	120
Política pública/ Instituciones públicas		3	2				4	17	1	1	4			6	7	45
Interdisciplina		1	1				5	14		6	9	2		3		39
Inclusión	1		1				11	3		3	7	2		2	1	31
Adicciones						1		2		2		2	1	11		19
Sanitaria								13								13

Fuente: cuadro elaborado con ATLAS. Ti. Los espacios en blanco corresponden a frecuencia igual a cero.

REFERENCIAS

P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II –P2. Psicología Institucional - P3. Psicopatología II -P4. Psicopatología I- P5. Seminario Psicología Experimental -P6. Psicodiagnóstico –P7. Psicología Educacional –P8. Psicología Preventiva –P9. Psicoterapia I –P10. Psicoterapia II-P11. Orientación Vocacional- P12. Psicología clínica de adultos y gerontes –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes –P14. Psicología Forense – P15. Psicología Laboral

TABLA 5.D Frecuencia de categorías seleccionadas en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2016)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Total
Salud mental	2	24	55	94		5	5	55	5	5	2	13	3	71	20	359
Prevención	3	2	2	2			7	104	1	2	20			29	4	176
Comunitario	2	19	7	3	1	1	13	52		30	5	3	4	28	2	170
Política pública/Instituciones públicas		7		2			2	21	1	1	3	1	8	3	2	51
Inclusión	1	1		5			21	3		1	9	3	2	5		51
Interdisciplina	1			4			5	8		2	10	2		5	13	50
Adicciones			2	11		1	1	9	2	3		1		14		44
Sanitaria								11					1			12

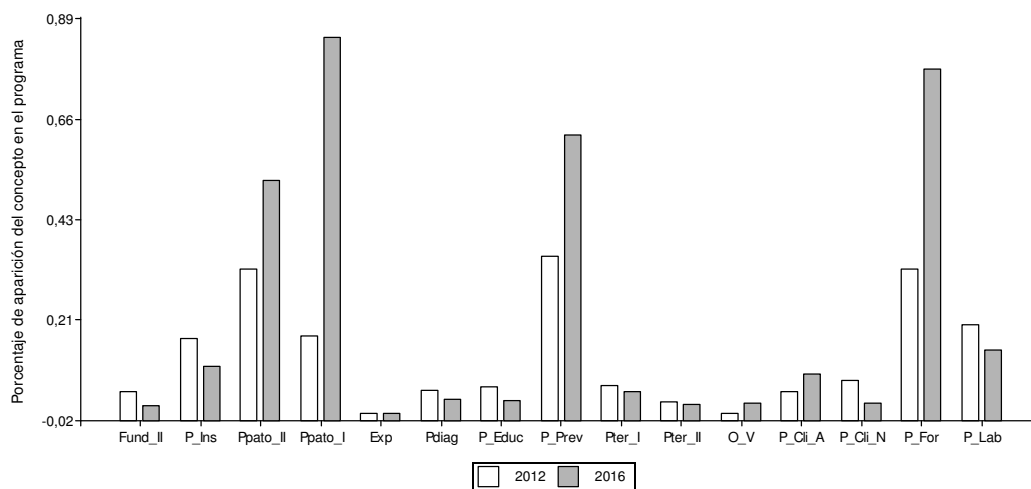
Fuente: cuadro elaborado con ATLAS. Ti. Los espacios en blanco corresponden a frecuencia igual a cero.

REFERENCIAS

P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II –P2. Psicología Institucional - P3. Psicopatología II -P4. Psicopatología I- P5. Seminario Psicología Experimental -P6. Psicodiagnóstico –P7. Psicología Educacional –P8. Psicología Preventiva –P9. Psicoterapia I –P10. Psicoterapia II-P11. Orientación Vocacional- P12. Psicología clínica de adultos y gerontes –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes –P14. Psicología Forense – P15. Psicología Laboral

Para poder alcanzar una comprensión más exacta de la aparición y uso de los conceptos en los programas, recurrimos nuevamente a la comparación por proporciones y porcentajes. En el **Gráfico 5.D** se observa que el concepto *salud mental* aumenta proporcionalmente su aparición en el año 2016, respecto al año 2012. La aparición de este concepto, se distribuye de manera equitativa en las diferentes asignaturas, aunque tiene una mayor presencia en alguna de ellas (Psicopatología I, Psicopatología II, Psicología Preventiva y Psicología Forense).

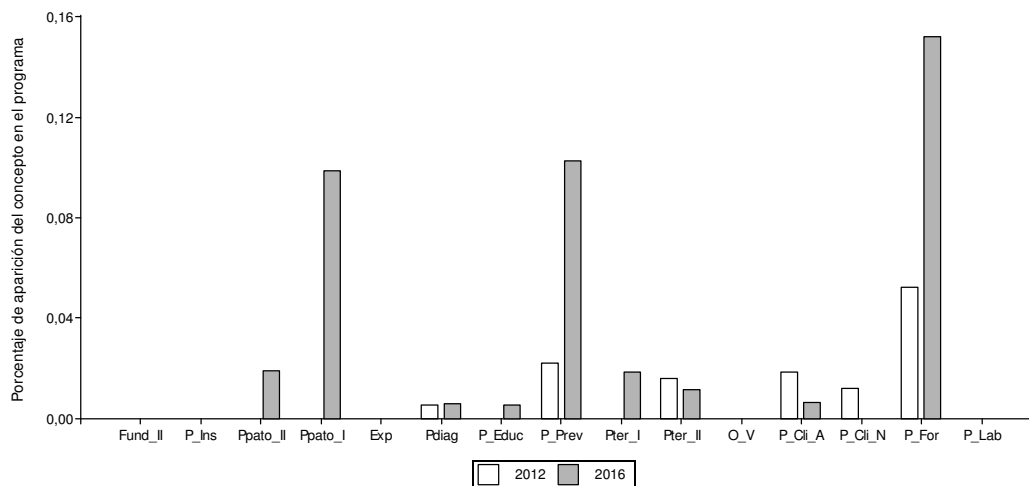
Gráfico 5.D. Porcentaje de aparición del concepto Salud Mental en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

Como se presenta en el **Gráfico 5.E** , la categoría *adicciones*, incluida en la Legislación Nacional de Salud Mental n° 26.657, aparece en asignaturas puntuales, que justamente son las que incluyen con mayor frecuencia las referencias a *salud mental*. Al comparar los años 2012 -2016 es posible observar un aumento en su tratamiento, tanto por la cantidad de veces que se menciona, como por la cantidad y variedad de asignaturas que la consideran.

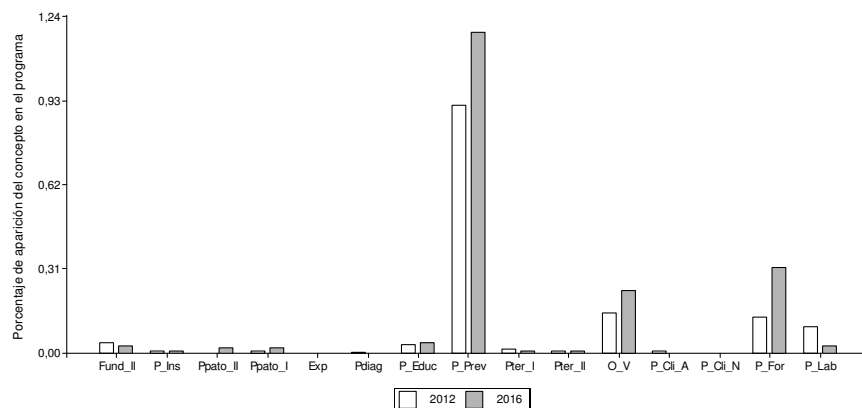
Gráfico 5.E. Porcentaje de aparición del concepto Adicciones en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

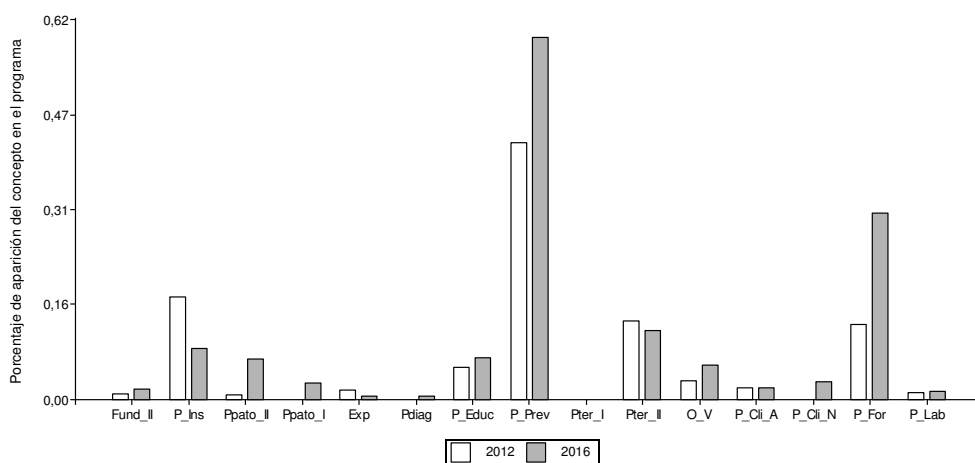
A continuación se presentan tres gráficos (**Gráficos 5.F, 5.G, 5.H**) que exhiben la presencia de los conceptos *prevención, comunitario y política pública*. Vemos que esta triada, de conceptos, se presentan juntos en una serie de asignaturas (Psicología Preventiva, Psicología Forense). Como se observó en el **Gráfico 5.D**, estas mismas asignaturas tienen en cuenta la noción de *salud mental* y adicciones, de lo que podríamos deducir, que en estas materias se mantiene un miramiento de la *salud mental* de manera integral, de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, y los principios expuestos para las PPS actuales. Además, como observamos en las **Tablas 5.A y 5.B**, es también en una de estas asignaturas dónde se concentra la mayor frecuencia del término *Derechos*.

Gráfico 5.F. Porcentaje de aparición del concepto Prevención en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

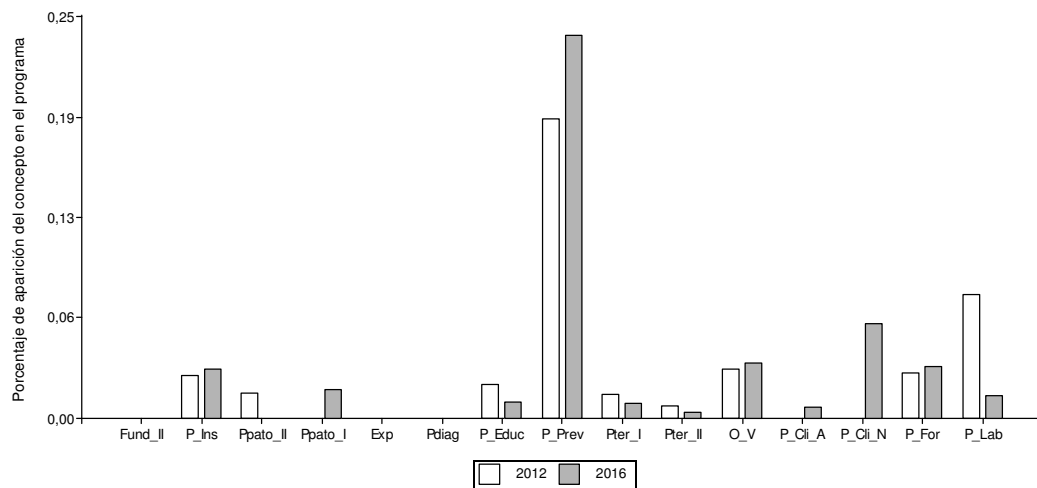
Gráfico 5.G. Porcentaje de aparición del concepto Comunidad en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

El ítem *comunidad* también presenta un incremento comparativo entre los años 2012 y 2016, que en el último año es mencionada en catorce de los quince programas de las asignaturas objeto de este análisis, mientras que en el año 2012 sólo se mencionaba en nueve de ellos.

Gráfico 5.H. Porcentaje de aparición del concepto Política Pública/instituciones públicas en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)

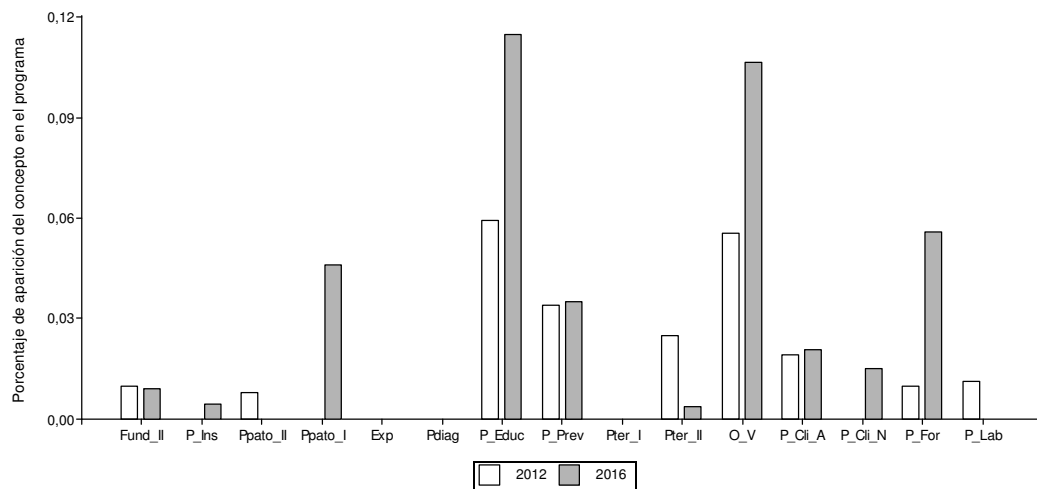


P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)– P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)–P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)– P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)–P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) –P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) – P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

Respecto a la referencia a *políticas públicas/ instituciones públicas*, vemos que la misma es considerada con mayor asiduidad durante el año 2016, respecto al año 2012. Tal como puede apreciarse en el contenido de los programas, este aumento se relaciona directamente con las prácticas profesionales supervisadas, y el requisito de asistir a una institución a realizar las actividades. Dicho de otro modo, no se deriva de la consideración de este

término que necesariamente se este trabajando con la noción en consonancia con la consideración de las PPS actuales.

Gráfico 5.I. Porcentaje de aparición del concepto Inclusión en programas de ciclo profesional para Licenciado en Psicología, UNLP (2012- 2016)



P1. Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de exploración psicológica II (**Fund_II**) –P2. Psicología Institucional (**P_Ins**)- P3. Psicopatología II (**Ppato_II**)-P4. Psicopatología I (**Ppato_I**)- P5. Seminario Psicología Experimental (**Exp**)-P6. Psicodiagnóstico (**Pdiag**)–P7. Psicología Educacional (**P_Educ**)–P8. Psicología Preventiva (**P_Prev**)–P9. Psicoterapia I (**Pter_I**) –P10. Psicoterapia II (**Pter_II**) -P11. Orientación Vocacional (**O_Voc**) - P12. Psicología clínica de adultos y gerontes (**P_Cli_A**) –P13. Psicología clínica de niños y adolescentes (**P_Cli_N**)– P14. Psicología Forense (**P_For**)–P15. Psicología Laboral (**P_Lab**)

Por último, respecto a las áreas del ejercicio profesional y las actividades reservadas al título del psicólogo, propuestas por AUAPsi, se observa que sanitaria, es la palabra con menor frecuencia de aparición durante los dos años analizados (2012- 2016), además, esta se vincula a una única asignatura (Psicología Preventiva).

Como se ha anticipado previamente, en esta segunda parte de la tesis, se buscó trazar un mapa de las estructuras, instituciones, organismos, normativas y discursos que toman parte en el juego de fuerzas por la legitimidad del poder; y analizar puntualmente la intersección entre las conceptualizaciones actuales respecto a la salud y las PPS, y su consideración en la formación de grado para el Licenciado en Psicología, en la UNLP.

En el **capítulo tres**, se presentaron diversas concepciones del Estado y las consecuentes posturas que a partir de las mismas, se tiene respecto a las PPS. Se señaló el progreso histórico de la noción y su vinculación con la forma del Estado Moderno; y se observó que de acuerdo a los distintos tiempos históricos, el alcance del Estado, sus deberes y obligaciones, se conciben de manera diferente. Las PPS son una producción específica de la modernidad, del Estado de bienestar, producción propia del sistema capitalista en vínculo a los Derechos de Ciudadanía.

El tema es abordado en distintos niveles simultáneos. Sin pretender demostrar la existencia de un consenso se presentan, por un lado, definiciones, abarcativas, que articulan aspectos relacionales, y comprenden el efecto de las relaciones de fuerza y focos de resistencia y poder, que en las mismas se producen. Por otro lado, en este intento de definir las políticas PPS, se constituyen un conjunto de discursos académicos, que en muchas ocasiones caen en reduccionismos o esencialismos.

En efecto, a partir de la evidencia de la pluralidad y diversidad, son pocas las construcciones teóricas entienden a las PPS como una construcción, en

dependencia con la institución Estado. Para un análisis al respecto, son valiosos los aportes de Varela (2011), Castoriadis (2010) y García Linera (2010). En otras palabras, al intentar definir y explicar las PPS, en muchos casos se cristaliza su sentido de producción socio-histórica, y se suspenden cuestionamientos fundamentales desde los cuales la misma parte: el derecho, la ciudadanía, la democracia, el Estado moderno y un modo de distribución del capital. En este mismo movimiento, se pierde de vista la potencia de la acción política, y la posibilidad de transformar los aspectos sociales que se encuentran en la base de la desigualdad.

En el **capítulo cuatro** se describieron y analizaron puntualmente las PPS en salud. Al respecto, observamos que la complejidad de los problemas que abarca la salud hace imposible desvincularla del contexto social, político y económico, e involucra tener en cuenta las condiciones de cultura y procesos de subjetivación que dan lugar a los diferentes padecimientos. Como plantea Galende (1990), la salud mental requiere de una política específica de lo social, sensible al sistema político, que con su impronta (democrática o autoritaria), imprime la concepción del hombre y vehiculiza técnicas de intervención, que abarcan desde lo participativo y comunitario, hasta la segregación y aislamiento. Observamos, que los objetivos señalados para las PPS en salud, en un modelo de Estado benefactor que se encuentra en su estado crítico, incluyen la participación comunitaria, la planificación, la evaluación, promoción y prevención de la salud, y contemplar al paradigma de los derechos humanos.

En el **capítulo cinco** se presentaron las principales características de la formación del psicólogo en América Latina y Argentina, para luego poner el foco en la carrera de Psicología de la UNLP. En este movimiento, se señalaron

algunos aspectos en tensión: las demandas que se generan sobre el psicólogo y el impacto en la formación. Esto puede observarse, al incluir a la Psicología como una carrera de interés público, o en la adecuación sobre la formación que se señala en el mismo Plan Nacional de Salud Mental, y en los objetivos definidos para estas PPS. Las nuevas cuestiones sociales, las necesidades sentidas de la población, se vinculan con las prácticas profesionales y las áreas de ejercicio y actividades reservadas al título.

Al respecto, para dar respuesta al interrogante acerca de la consideración de los aspectos señalados para las PPS en general, y las PPS en salud en particular, en los contenidos de grado, se analizaron los programas de las asignaturas del ciclo profesional para la carrera de Psicología en la UNLP, en los años 2012 y 2016. Se elaboraron categorías, operacionalizadas a partir de los textos de la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, el Plan Nacional de Salud Mental, los textos que presentan los objetivos de las PPS y las PPS en salud. Los resultados de esa tarea permiten realizar algunas conclusiones:

- Cierta coincidencia respecto a las investigaciones que afirman una preponderancia del psicoanálisis en la formación con las palabras que aparecen de forma espontánea con mayor frecuencia en los programas: clínica, y psicoanálisis. En consonancia con el estudio realizado por Moya y Di Doménico (2012), Freud, sigue siendo, el autor más referenciado en los programas de las asignaturas. Lejos de reducirse, en el 2016, esta tendencia aumenta, respecto a los programas 2012.

- En relación a entender la investigación como un área relegada en la formación (Klappenbach, 2003; Di Doménico, 2012), el estudio realizado aquí, demuestra que la palabra *investigación* se encuentra entre las de mayor

frecuencia (460). No obstante, estas menciones, se concentran en el programa de una asignatura específica para este bloque (Seminario de Psicología Experimental) y en los apartados que refieren a las actividades de las cátedras. Al respecto, en el informe 2012 de autoevaluación de la carrera de Licenciatura en Psicología, UNLP, se señala un aumento progresivo de la actividad y la importancia que la investigación cobra en la Facultad, y en la formación de estudiantes avanzados, y docentes.

- Al comparar la relación entre las diferentes palabras, en los programas 2012 y 2016, parece existir un cambio tanto cuantitativo, como cualitativo. Se observa que en la mayor parte de las asignaturas que mencionan *salud* mental, también se presentan los conceptos, *prevención, derecho, comunitario, política pública, inclusión, interdisciplina*. No ocurre lo mismo con *adicciones*, que se contempla en menos asignaturas que salud mental.

-Se observa una mayor presencia de los contenidos asociados al paradigma vigente para las PPS en salud, en los programas 2016. Esto puede vincularse con la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, a partir del Decreto 603/2013 en el año 2013, con la vigencia del Plan Nacional de Salud Mental y las recomendaciones que se realizan desde el mismo a las Universidades Nacionales (De Lellis, 2011; Hermosilla & Cataldo, 2012).

Antes de pasar al próximo punto, y explorar las conceptualizaciones, representaciones, sentidos e imaginarios, de un sector de los actores fundamentales para el campo; se considera importante aclarar, que las categorías aquí, descriptas y analizadas, no son abarcativas respecto a lo que significa un paradigma en salud. Sin embargo, observar la presencia de estos contenidos puede ser un indicador del lugar que se le otorga a los mismos en la

programación, además, su correspondencia con otras categorías como *inclusión social, prevención, comunidad, derechos humanos e interdisciplina*, podrían referir a formas paradigmáticas del modo en que se piensan las PPS y la salud. Por otra parte, sostenemos que el estudio de la situación no puede agotarse aquí, se requiere de considerar los contenidos ocultos, y demás factores que pueden influir en el conocimiento de este campo.

PARTE IV. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA II. SENTIDOS Y PRÁCTICAS IMAGINADAS POR LOS ESTUDIANTES

CAPITULO VI. SENTIDOS DISCURSIVOS

INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del sondeo por cuestionario semiestructurado. Este instrumento, presenta una combinación entre preguntas abiertas y cerradas (Ver Anexo II). La información que se puede recopilar a partir de preguntas semiabiertas siempre está referida al conjunto de representaciones que un sujeto asocia a acontecimientos vividos por él; así, se trata de la expresión subjetiva de una experiencia que es, al momento de la implementación de la técnica, el centro de reflexión (Marradi, *et al*, 2007). Con el uso de esta técnica se busca relevar de manera exploratoria, información referida al conocimiento de los alumnos en relación a las políticas públicas sociales³⁰, las prácticas del psicólogo en las mismas y la percepción en torno a las herramientas adquiridas durante la formación para el desempeño en este campo.

Como se anticipó en la primera parte de la presente tesis, para el tratamiento de los datos se siguieron las estrategias referidas al análisis de contenidos, y el Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM) (Greenacre, & Blasius, 2006; Balzarini, Gonzalez, Tablada, Casanoves, Di Rienzo & Robledo, 2008; Di Rienzo, Casanoves, Balzarini, González, Tablada, Robledo, 2015). Previo a la

³⁰ En el cuestionario se exploran las representaciones de los estudiantes en relación a las Políticas Públicas Sociales, en las áreas de niñez y adolescencia, género y salud mental. Para los fines de este trabajo presentamos parte de las respuestas respecto a estos campos, en pos de obtener algunos datos que nos permitan comparar y diferenciar los conocimientos de los estudiantes acerca de las mismas. No obstante, para este análisis nos centramos específicamente en las políticas públicas sociales en salud.

presentación de los resultados propiamente dichos, se describe el procedimiento realizado para la validación del instrumento.

6.1 PROCEDIMIENTO

6.1.1 DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El diseño del cuestionario semiestructurado implicó un trabajo en etapas para su validación.

- a. Elaboración de la versión prototípica del instrumento y evaluación de su validez por parte de jueces expertos.
- b. Prueba piloto del instrumento diseñado sobre una muestra por disponibilidad de estudiantes de Psicología.
- c. Administración del instrumento definitivo.

A. ELABORACIÓN DE LA VERSIÓN PROTOTÍPICA DEL INSTRUMENTO Y EVALUACIÓN DE SU VALIDEZ POR PARTE DE JUECES EXPERTOS

El análisis en profundidad de la bibliografía permitió el diseño del instrumento prototípico.

Para la evaluación del instrumento, desde un punto de vista formal, se siguieron los criterios elaborados por Rojas y Tejeda (1998), y se sometió a los cuestionarios elaborados a los mismos (**Tabla 6.A**).

Una vez que el cuestionario cumplió con los requisitos señalados, se procedió a la prueba de jueces expertos, para confirmar el cumplimiento de las dimensiones a explorar.

Tabla 6.A. Protocolo para evaluación de aspectos metodológicos y formales del cuestionario

ASPECTOS FORMALES A EVALUAR	Evaluación
Las preguntas expresan más de una idea	
Encontramos redacciones negativas	
Todas las preguntas son necesarias.	
Son necesarias más preguntas para evaluar una cuestión.	
Las preguntas están situadas en el lugar adecuado.	
Las preguntas están situadas en el lugar adecuado. Respetando el criterio de mayor a menor estructuración.	
Las preguntas pueden tener varias interpretaciones.	
Las preguntas están situadas en el orden adecuado	
Las preguntas precedentes influyen en las siguientes.	
En distintos protocolos se repite la misma pregunta sin contestar.	
Las preguntas van de la menos comprometida a la más comprometida.	
Las preguntas de contenido similar están agrupadas.	
Las preguntas relativas a variables demográficas van al final.	

Cuadro de elaboración propia, de acuerdo a los criterios señalados por Rojas Tejeda (1998)

El cuestionario elaborado fue evaluado por parte de un grupo de jueces expertos, especialistas en el área de políticas sociales (**Tabla 6.A**), que brindaron su perspectiva respecto al cumplimiento o no de las consignas del cuestionario, a partir de los objetivos propuestos para la indagación, y las dimensiones a explorar.

Dimensiones que se pretenden explorar a partir del cuestionario semi-estructurado:

- 1. Características generales de la población.
- 2. Conocimiento de las políticas públicas.
- 3. Conocimiento de las legislaciones que regulan el campo la salud mental.
- 4. Conocimiento de las áreas reservadas al ejercicio de la Psicología.
- 5. Concepción del ejercicio profesional del psicólogo en política pública social.
- 6. Pertinencia de la formación de grado para el desempeño en políticas sociales.

A continuación se transcriben las respuestas brindadas por los expertos, que comprueban si el cuestionario explora o no las dimensiones que pretende evaluar.

Tabla 6.B. Evaluación de los jueces expertos sobre las dimensiones exploradas

	Dimensión Evaluada		
	Juez experto 1	Juez experto 2	Juez experto 3
Pregunta 1	1	1	1
Pregunta 2	2	2	2
Pregunta 3	5,4	4	4
Pregunta 4	5	5	5
Pregunta 5	3	3	3

Cuadro de elaboración propia, de acuerdo a los criterios señalados por Rojas Tejeda (1998)

REFERENCIAS

Dimensiones: 1 (Conocimiento de las políticas públicas); 2 (Conocimiento de las legislaciones que regulan el campo la salud mental; 3 (Conocimiento de las áreas reservadas al ejercicio de la Psicología); 4 (Concepción del ejercicio profesional del psicólogo en política pública social); 5 (Pertinencia de la formación de grado para el desempeño en políticas sociales); 6 (no pertinente para ninguna dimensión de la variable)

B. PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO DISEÑADO SOBRE UNA MUESTRA POR DISPONIBILIDAD DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

Se realizó una prueba piloto presencial, a una muestra de 20 estudiantes de 4^{to} y 6^{to} año de la Licenciatura en Psicología, UNLP, con el fin de ajustar las preguntas inicialmente elaboradas y establecer la organización y estructura del cuestionario. Para esto se diseñó un cuestionario abierto, autoadministrable.

Esta prueba fue tomada durante el año 2012, y tuvo por fin evaluar a) la comprensión de las preguntas y las categorías de respuestas; b) el orden de las preguntas, y c) la duración de la encuesta.

Las preguntas se elaboraron centrándose en las dimensiones a estudiar, organizadas desde un piso cognitivo de menor a mayor complejidad

(Hernández Sampieri, *et al*, 2007). Se tuvieron en cuenta las características lingüísticas y gramaticales de la población objetivo, las preguntas fueron redactadas en tiempo presente con una sintaxis simple y terminología sencilla para facilitar su comprensión y evitar ambigüedades o dobles sentidos (Rojas Tejeda, 1998).

C. TERCERA ETAPA. ADMINISTRACIÓN DEL INSTRUMENTO DEFINITIVO

Finalmente, se procedió a administrar el instrumento diseñado a una muestra aleatoria de un total de 125 estudiantes, pertenecientes al ciclo de formación profesional (4to, 5to y 6to año) de la Licenciatura en Psicología, UNLP.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión de la muestra:

- Ser alumno regular de la carrera de Licenciado en Psicología, UNLP.
- Ser estudiante del ciclo profesional entre los años 2013-2016.

6.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El proceso de muestreo fue del tipo aleatorio simple, de acuerdo a los criterios de inclusión/ exclusión correspondientes a este estudio. Se indican la Frecuencia Absoluta (FA) y la Frecuencia Relativa (FR).

Total de Protocolos administrados (N de la muestra)

<u>Variable</u>	<u>Clase</u>	<u>Categorías</u>	<u>FA</u>	<u>FR</u>
carrera	1	L	125	1,00

El número de encuestas administradas estuvo dado por el criterio de *saturación teórica y heterogeneidad* (Marradi, *et al*, 2007), ya que se buscó reflejar múltiples segmentos de la población de estudiantes de Psicología, organizados según el año en que cursan la carrera de Psicología: 4to, 5to y 6to año.

La identidad de género de la mayor parte de la muestra corresponde con femenino, mientras que la mayor parte ingresó a la carrera durante los años 2010 y 2012.

Tabla 6.C. Distribución de la muestra por género

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Sexo	1	F	101	0,83
Sexo	2	M	19	0,16
Sexo	3	Q	1	0,01

Tabla 6.D. Distribución de la muestra de acuerdo al año de ingreso a la carrera del grupo estudiado

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
ingreso	1	1999	1	0,01
ingreso	2	2000	1	0,01
ingreso	3	2002	1	0,01
ingreso	4	2003	2	0,02
ingreso	5	2004	1	0,01
ingreso	6	2006	1	0,01
ingreso	7	2007	5	0,04
ingreso	8	2008	6	0,05
ingreso	9	2009	11	0,09
ingreso	10	2010	21	0,17
ingreso	11	2011	34	0,28
ingreso	12	2012	36	0,30
ingreso	13	NR	1	0,01

6.2. RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, tal como se anticipó en el capítulo 2, en el que se describe la estrategia metodológica, hemos recurrido al Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM), que permite la caracterización de un conjunto de observaciones mediante más de dos caracteres cualitativos multiestados, presenta la ventaja de permitir la proyección gráfica simultánea de las variables y las poblaciones o individuos bajo estudio (Ver anexo III). Por otra parte, se recurrió a un análisis cualitativo, sostenido en análisis de contenido y de las recurrencias e insistencias de sentido a partir del material presentado (Fernández, 2009).

6.2.1 CAMBIOS PRODUCIDOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES

Respecto sí reconocen algún cambio en las legislaciones en los campos de niñez y adolescencia, género y salud mental, los estudiantes responden de manera afirmativa en un 83%, mientras que un 6% sostiene que no (**Gráfico 6.A**).

Del total que responde afirmativamente, un 39% menciona reconocer un cambio en las concepciones legales en el campo de la niñez y la adolescencia, seguido por un 38% en salud mental, y por último un 23% en género (**Gráfico 6.B**).

Grafico 6. A. Reconocimiento de cambios en las legislaciones en los últimos 10 años

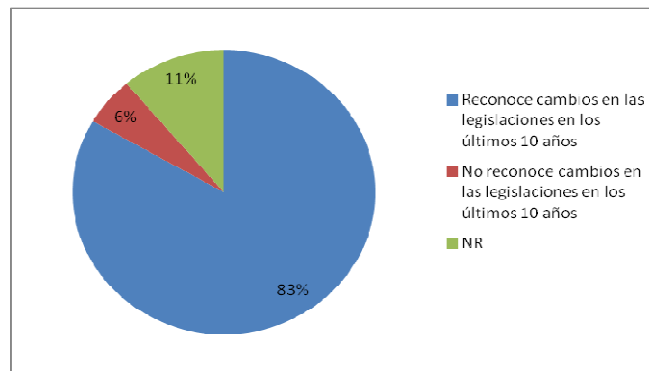
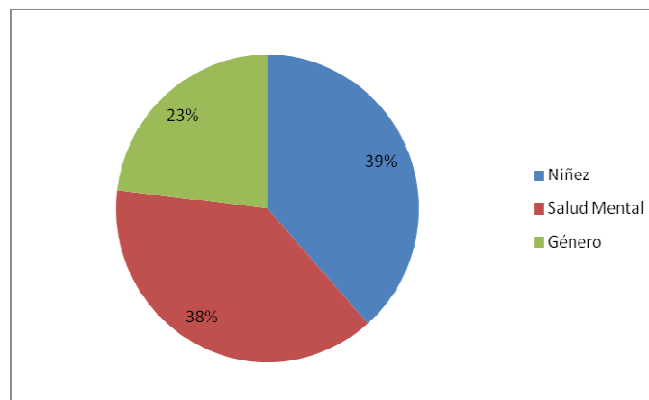


Gráfico 6.B. Áreas en las que se reconocen cambios legislativos en los últimos 10 años



Esta información se vuelve más relevante al analizarla de manera cualitativa. Allí se puede observar que si bien un 38% afirma reconocer la existencia de cambios en relación a las legislaciones en salud mental, sólo alcanzan a enunciarla sin poder identificar sus objetivos. Asimismo, se la plantea como un instrumento de alcance simbólico, que aún no ha llegado a tener su impacto en la práctica. A continuación se presenta a modo ilustrativo algunas de estas respuestas: “La nueva ley de salud mental, sumamente

reciente, que considero un paso más simbólico que otra cosa” (P19: 004-12); “Si en la ley de salud mental se incluyen todas las personas con algún padecimiento o enfermedad mental como destinataria de atención a la salud, bajo diferentes dispositivos” (P22: 007-12); “Y la ley de salud mental que sinceramente desconozco” (P24: 009-12)

Por otra parte, si bien el área género es donde menor cantidad de cambios se reconocen, se enuncian diferentes legislaciones y movimientos sociales en torno al mismo, entre ellas la ley de protección a víctimas de trata, el matrimonio igualitario, educación sexual, distribución gratuita de anticonceptivos, ley de violencia contra las mujeres, y los movimientos y organizaciones a favor del aborto. Si bien se presenta una idea general de las problemáticas que conforman este campo, la misma se realiza desde la imprecisión, ya que el tipo de respuestas brindadas, si bien reconocen la producción de cambios y transformaciones, utilizan vocabulario que corresponde a paradigmas previos, por ejemplo: legalización del matrimonio homosexual (en lugar de matrimonio igualitario) y la ley aplicada en la trata de blancas y a sus víctimas (en lugar de trata de personas).

El área dónde los estudiantes admitieron reconocer más cambios a nivel legislativo, fue la correspondiente a niñez y adolescencia (39%). En este caso, a diferencia con lo observado en salud mental, se enuncian ciertos objetivos y alcances de lo que implica este cambio de paradigma, que apunta a la inclusión, la integración, el evitar la internación o el aislamiento, y referir en primera instancia al ámbito familiar.

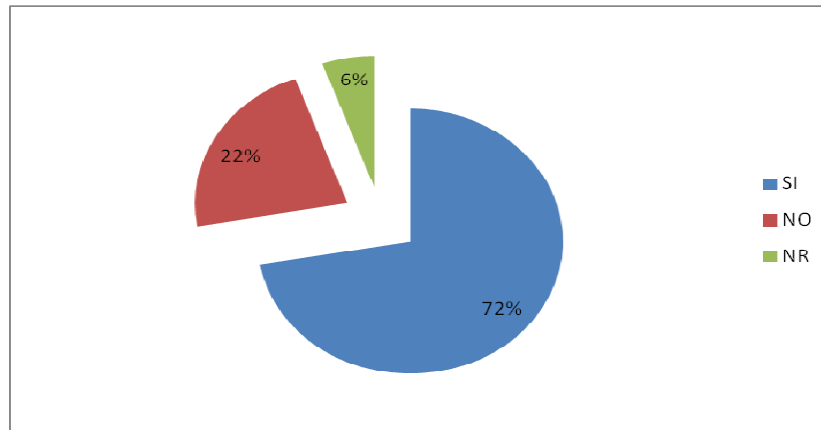
Se menciona la institucionalización como recurso extremo, y la necesidad del trabajo interdisciplinario para el abordaje y toma de decisiones en este

ámbito. Por otra parte se identifica el pasaje de considerar al niño como objeto de derecho a ser sujeto de derecho, a partir de tener en cuenta la autonomía, la palabra y su voluntad. Se indican referencias a nivel internacional, que enmarcan estas concepciones, como la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y se enuncia específicamente la Ley provincial n° 13.268 de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, y la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil. A continuación se presentan algunos ejemplos: “En infancia se produjo el pasaje de objeto de derecho a ser sujeto de derecho. La palabra y el deseo del niño son tenidos en cuenta” (P28: 013-12); “La Ley 13268 de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley de responsabilidad penal juvenil” (P30: 015-12); “En niñez ha cambiado la institucionalización del niño o adolescente, ahora se trata de que no sea institucionalizado de forma permanente ni lejos de su hogar. Además se recurre a grupos interdisciplinarios que deberían crear dispositivos acordes a cada situación” (P21: 006-12).

6.2.2 CAMBIOS EN LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PSICÓLOGO

Ante la pregunta si los cambios en las legislaciones implican la realización de nuevas actividades para los psicólogos, un 72% responde afirmativamente, mientras que un 22% entiende que no necesariamente los cambios legislativos impliquen que se modifique el modo de intervenir.

Gráfico 6.C. Reconocimiento de cambios en las actividades del Psicólogo a partir de la legislación



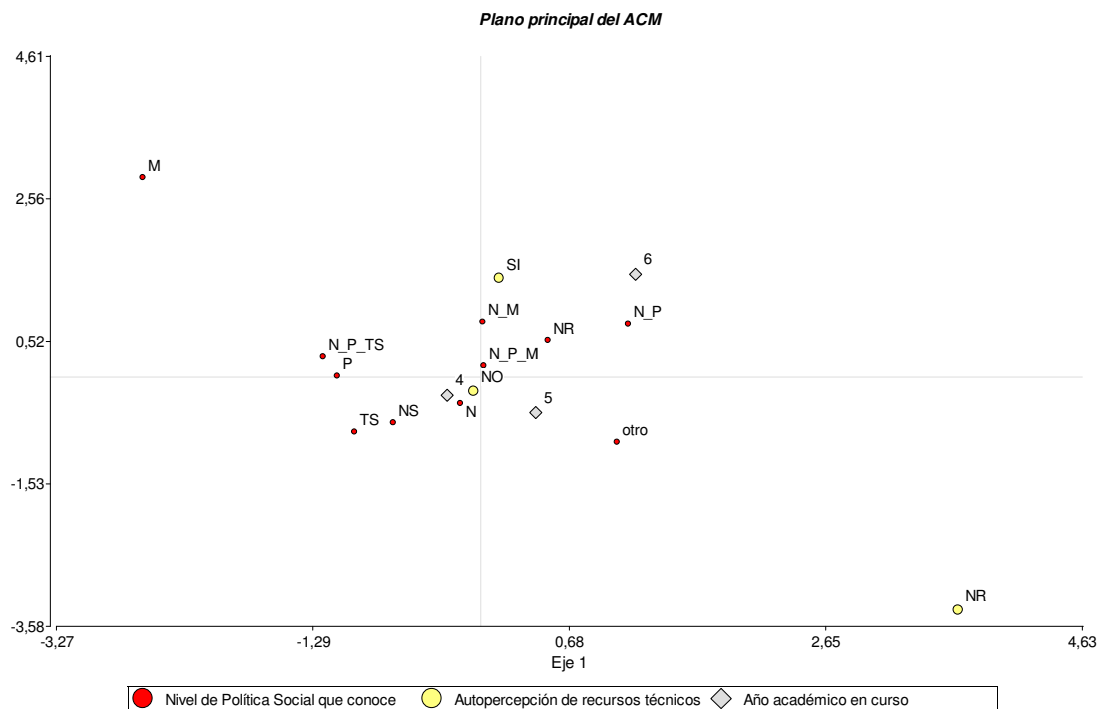
Entre las respuestas afirmativas, se señala que a partir de los cambios legislativos se promueve el trabajo interdisciplinario, la promoción y protección de derechos en el trabajo comunitario. Por otra parte, se considera que la palabra del psicólogo, a partir de estos cambios, pasa a cobrar más valor y a tener mayor peso al momento de decidir una intervención desde un equipo interdisciplinario.

En relación a los ejes que deberían ser centrales para las prácticas del psicólogo, los estudiantes destacan:

- La salud mental de la sociedad y la comunidad.
- Ética, Compromiso, Responsabilidad, Política, Respeto por el ser humano.
- Trabajo interdisciplinario con otros profesionales.
- La persona en la sociedad, sin ser aislada de su contexto
- La subjetividad pero en un contexto socio histórico.
- La defensa y protección de Derechos Humanos.
- El trabajo grupal.

Entre los resultados obtenidos, se encontraron algunas relaciones, similitudes y diferencias de acuerdo al año de cursada. Cómo se observa en el **Gráfico 6.D**, por ejemplo, en relación al nivel de PPS que se reconoce, los alumnos de cuarto año presentan en su mayoría la respuesta *nación* y *tercer sector*, mientras que los del sexto año enuncian programas y políticas tanto nacionales como provinciales. Respecto a la percepción de los recursos técnicos con los que cuentan para el desempeño en el área de las PPS, los estudiantes de cuarto año refieren no contar con los recursos técnicos, mientras que la respuesta de los que se encuentran en sexto año es afirmativa.

Gráfico 6.D. Relación entre nivel de PPS reconocido, Percepción de recursos técnicos y año académico en curso

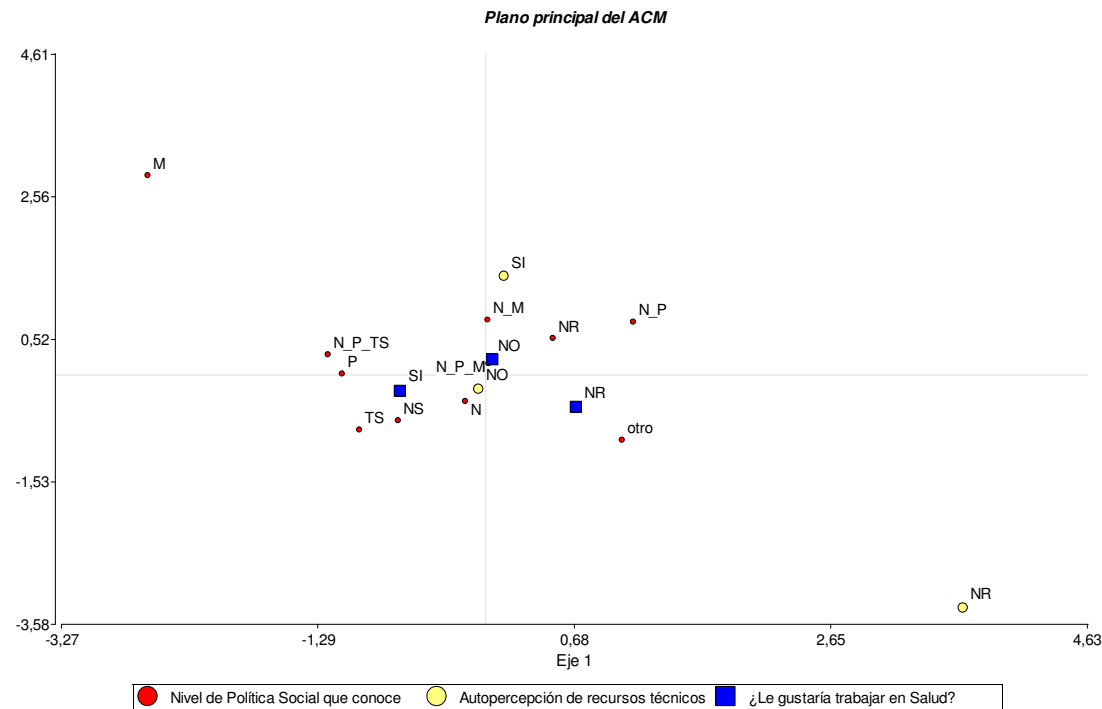


REFERENCIAS

Nivel de política social que conoce TS. Tercer sector P. Provincia N. Nación NS. No conoce
Autopercepción de recursos técnicos Si. Considera que cuenta con los recursos técnicos No. Considera que no cuenta con los recursos técnicos *Año Académico en curso* 4. (cuarto) 5. (quinto) 6. (sexto)

En el **Gráfico 6.E**, se observa que quienes quieren trabajar en salud, son aquellos que enuncian políticas vinculadas al *tercer sector*, y que mencionan programas y acciones pertenecientes a los tres niveles: *municipal, provincial y nacional*. Por otra parte, los que plantean que no tienen interés en trabajar en el campo de las PPS en salud, manifiestan percibir que cuentan con los recursos técnicos necesarios para hacerlo, y mencionan programas de PPS, en los niveles *municipales y provinciales*.

Gráfico 6.E. Relación entre nivel de PPS reconocido, Percepción de recursos técnicos, e interés por trabajar en el campo de las PPS en salud

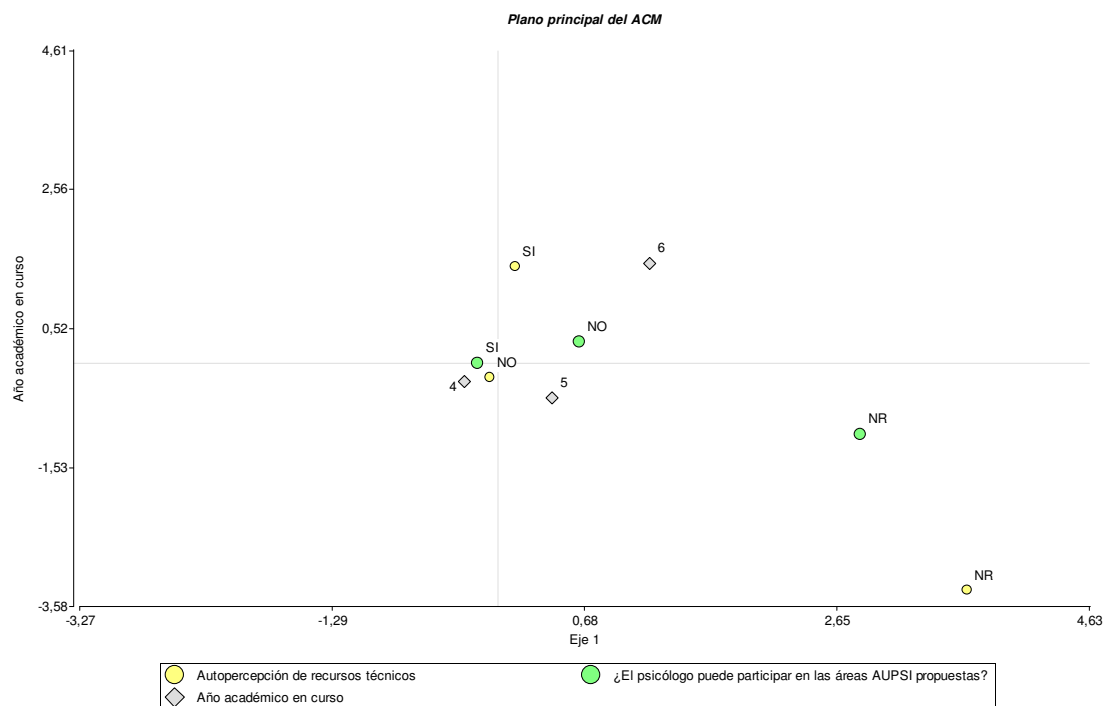


REFERENCIAS

Nivel de política social que conoce TS. Tercer sector P. Provincia N. Nación NS. No conoce
Autopercepción de recursos técnicos Si. Considera que cuenta con los recursos técnicos No. Considera que no cuenta con los recursos técnicos
¿Le gustaría trabajar en salud? Si. Sí le gustaría No. No le gustaría

Por otra parte, como es posible observar en el **Gráfico 6.F**; se indagó en el conocimiento de las áreas propuestas por AUAPsi, específicamente, si los estudiantes consideran que los psicólogos pueden desempeñarse en cualquiera de ellas. Es interesante observar, la relación entre el año de cursada y la percepción que se tiene acerca de la preparación de los psicólogos para desempeñarse en las mismas: los alumnos de cuarto año, se encuentran vinculados con la respuesta negativa respecto a la percepción de contar con los recursos técnicos, pero consideran que el psicólogo puede desempeñarse en todos estos ámbitos. En cambio, las respuestas de los alumnos de sexto año se asocian en mayor medida con la percepción positiva respecto a contar con los recursos técnicos; además, consideran que el psicólogo no puede desempeñarse en todas las áreas propuestas por AUAPsi, ya que señalan un déficit en lo Asistencial y Social- Comunitario.

Gráfico 6.F. Relación entre Percepción de recursos técnico, Áreas AUAPsi y año en curso



REFERENCIAS

Autopercepción de recursos técnicos **Si.** Considera que cuenta con los recursos técnicos **No.** Considera que no cuenta con los recursos técnicos *Año Académico en curso* **4.** (cuarto) **5.** (quinto) **6.** (sexto) *¿Puede desempeñarse en psicólogo en cualquiera de las áreas propuestas por AUAPsi?* **Si** (si puede) **No** (no puede) **NR** (no responde)

6.2.3 OBJETIVOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES

Respecto a los objetivos de las políticas sociales, los estudiantes marcan la inclusión, la promoción y la prevención como propósitos principales. A su vez, señalan la importancia de considerar el problema de manera integral y en su carácter social, sin desprenderlo de su contexto, y sin particularizar ni individualizar, cuestiones de carácter colectivo. Algunas citas ilustrativas:

“El primer y principal objetivo, en mi opinión, es la inclusión. No tomar el fenómeno como un problema del individuo sino como un problema social” (P16:

001-12); “Los objetivos principales de los programas gubernamentales son la prevención, promoción, información, realizar nuevas propuestas, fomentar el interés en la comunidad” (P26: 011-12); “El objetivo principal debería ser preventivo. Fomentar la prevención primaria y lograr cambios a nivel comunitario a fin de reducir problemas a las áreas mencionadas” (P32: 017-12); “los objetivos principales de los programas son de inclusión y educación para que estas personas no estén en riesgo, o que puedan salir de esa situación y volver a construir un lazo social que le permita el bienestar” (P21: 006-12).

Se presenta una cierta confusión entre la definición de objetivos, entendidos cómo el fin que se quiere alcanzar o meta a lograr, con la de las actividades que deben o pueden realizarse para alcanzar un fin. Por ejemplo, se señalan como objetivos: “el hecho de re-establecer o reconstruir lazos sociales dañados para alcanzar el bienestar”; de esta manera se prioriza la acción a realizar, el “cómo”: “reconstruir los lazos sociales”, en lugar del objetivo a lograr “alcanzar el bienestar”. En este mismo sentido, se señalan como objetivos ciertas actividades referidas a la promoción, como la difusión, realización de charlas informativas y acciones educativas dirigidas a la sociedad en su conjunto. Esta característica se repite incluso, cuando se señalan campos de intervención específicos, o se diferencian propósitos de acuerdo a los destinatarios, tal como se ve a continuación.

6.2.3 OBJETIVOS SEÑALADOS PARA EL CAMPO DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Respecto a los objetivos señalados para el campo de las PPS en niñez y adolescencia, se indica la importancia de considerar los derechos humanos y derechos sociales, como el acceso a la vivienda, la salud, la educación; y la

protección integral de los derechos del niño, niña y adolescente y su autonomía. En palabras de los estudiantes: “En niñez y adolescencia proteger y promover el derecho a la salud, educación y vivienda” (P28: 013-12); “Pienso que los objetivos de los programas respecto al área de niñez y adolescencia apuntan a abordar al sujeto, que sus derechos sean satisfechos y promover en el chico el desarrollo de autonomía para un futuro” (P29: 014-12); “Promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes” (P30: 015-12 - 30:2); “Los objetivos en niñez y adolescencia pienso que son promover los derechos y protegerlos” (P31: 016-12); “Respecto de la niñez y adolescencia se tiene como eje la protección integral, pretenden proteger la integridad total de los niños basándose en lo humanístico, siguiendo los derechos y convenciones internacionales más actuales, tratándose de dejar atrás los viejos lineamientos” (P20: 005-12).

Estas acciones son indicadas para proteger particularmente a la infancia en riesgo, a aquellos niños que ya se encuentran en situación de peligro físico, psíquico o moral o de desigualdad: “Tratar de equiparar la concepción que se tenga del niño y adolescente para todos los estratos sociales, y mejorar la calidad y condiciones de vida de los jóvenes que estén en peligro físico o psíquico” (P18: 003-12); “Creo que un objetivo debe referirse a la protección hasta física como psíquica de los niños, niñas, adolescentes” (P23: 008-12); “Los objetivos de los programas gubernamentales en relación a la niñez y adolescencia son proteccionistas, tendientes a proteger al niño y adolescente de mal trato, déficit alimentarios y tendientes a brindar una mejor educación o por lo menos integración escolar” (P24: 009-12).

6.2.4 OBJETIVOS SEÑALADOS EN RELACIÓN A GÉNERO

Para este punto, los objetivos de las PPS, de acuerdo a lo señalado por los estudiantes, se encuentra dirigido a las mujeres víctimas de violencias. En este caso la propuesta de trabajo surge una vez detectado el problema, para evitar desenlaces fatales. Se consideran entre las actividades a realizar la asistencia psicológica, el tratamiento y las gestiones para evitar que la mujer víctima de violencia de género continúe en el hogar conviviendo con el denunciado (entre estas acciones se señalan el resolver cuestiones de vivienda o de manutención, quién debe trasladarse en este caso es quién ha realizado la denuncia y no el agresor). Al respecto: “Los objetivos en relación a las víctimas de violencia familiar son prevenir que se produzcan desenlaces fatales y protección a la víctima” (P24: 009-12); “Para el área de mujeres víctimas de violencia, pienso que los objetivos apuntan a la asistencia de la víctima, a la concientización de las diversas formas de violencia familiar” (P29: 014-12); “En mujeres víctimas de violencia familiar ayuda para resolver tema de vivienda y asistencia psicológica” (P28: 013-12); “Mujeres víctimas de violencia: protección de la víctima y contención” (P30: 015-12 - 30:2); “En el caso de mujeres victimas el objetivo principal es dar asilo y resguardo”. (P31: 016-12); “Los objetivos en relación a las víctimas de violencia familiar son prevenir que se produzcan desenlaces fatales y protección a la víctima” (P33: 018-12)

6.2.5 OBJETIVOS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES EN SALUD MENTAL

Entre los objetivos que se señalan en este punto, además de incluir la promoción y prevención de la salud, se puntúan los referidos a evitar el encierro de los pacientes en hospitales monovalentes por tiempo

indeterminado. Esto es justificado desde una concepción de derechos, y de incidir en el bienestar y la calidad de vida de esta población: “Padecimiento mental: darle herramientas al “loco” para que pueda tener una vida normal, no encerrarlo” (P18: 003-12); “También en relación a la promoción y prevención de su salud y de su vida integral” (P23: 008-12); “En relación a las personas con padecimiento mental lograr un menor número de internos en las instituciones” (P24: 009-12); “En el caso de las personas con padecimiento mental, los objetivos de los programas deben ser asistencia en salud y calidad de vida” (P30: 015-12 - 30:2); “En los programas para personas con padecimiento mental el objetivo es brindar mejor calidad de vida y reinserción social” (P31: 016-12); “Lograr un menor número de internos en las instituciones” (P33: 018-12); “En personas con padecimiento mental proteger derechos y fortalecer vínculos familiares y comunitarios, evitar el encierro” (P28: 013-12).

6.2.6 ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS PSICÓLOGOS EN EL ÁMBITO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES

Ante la pregunta sobre las actividades que podrían realizar los psicólogos en las áreas de niñez y adolescencia, género y salud mental, de acuerdo a las recurrencias, se delimitaron los siguientes grupos de respuesta:

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

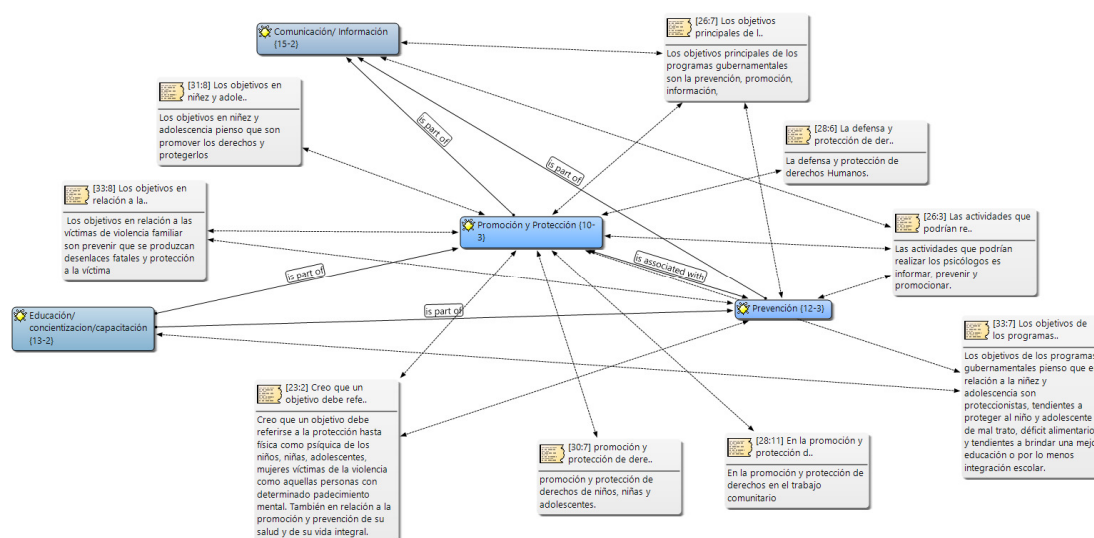
Se mencionan tanto la prevención como la promoción, en algunos casos de manera indiscriminada. Como se detalla en el gráfico 6.H, las actividades de promoción están destinadas a informar y comunicar sobre las legislaciones vigentes y los derechos. Estas actividades consisten en charlas informativas,

educativas, o en la realización de actividades culturales. La tarea de la promoción de los derechos, el asesoramiento e información sobre las legislaciones vigentes, es visualizada como una acción a emprender por el psicólogo. En este punto se considera también el trabajo sobre la autonomía de los sujetos y sus potencialidades.

Por otra parte, no se deslinda conceptualmente entre los distintos niveles de prevención primaria, secundaria o terciaria³¹: “Actividades de prevención, de comunicación de las leyes” (P17:002-12); “Las actividades que podrían realizar los psicólogos es informar, prevenir y promocionar” (P26: 011-12); “Creo que los psicólogos son importantes en cuanto a la prevención primaria, a trabajar en programas que tengan que ver con estos, en cuanto a trabajar en tratar de reducir la vulnerabilidad a la que son expuestas las personas” (P33:018-12).

³¹ Se trata en este caso de niveles de prevención secundaria: acciones que se realizan para reducir un trastorno o disminuirlo y prevención terciaria: acciones que se llevan adelante para tratar de reducir en la comunidad o población las consecuencias de los padecimientos físicos, psíquicos y sociales. Se realiza sobre el problema ya instalado y sus consecuencias (Gavilán & Villalba, 2007).

Gráfico 6.H. Actividades: Promoción y Prevención (cuadro elaborado con ATLAS.ti)

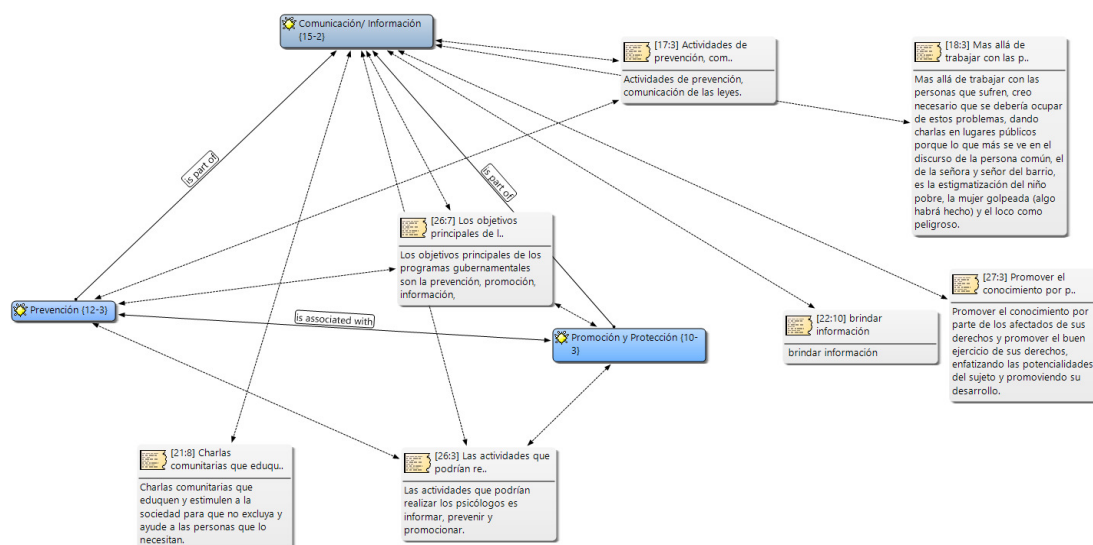


COMUNICAR E INFORMAR

En el gráfico 6.I, se presentan algunas citas ilustrativas, que ligan las acciones de promoción y prevención, con acciones tendientes a la comunicación e información de los diferentes programas, legislaciones, derechos correspondientes; en pos de facilitar el acceso a los mismos.

Se vinculan aquí las acciones de educación o capacitación que consisten en informar y comunicar, con el propósito de favorecer la inclusión. Algunos ejemplos que ilustran al conjunto de respuestas aquí agrupadas son los siguientes: “Promover el conocimiento por parte de los afectados de sus derechos y promover el buen ejercicio de estos derechos, enfatizando las potencialidades del sujeto y promoviendo su desarrollo” (P27:012-12); “Actividades de prevención y promoción, entre las que se consideran: la difusión de las legislaciones, de los planes y programas existentes. Realizar actividades de comunicación e información” (P17: 002-12).

Cuadro 6.I. Actividades: Información y Comunicación (cuadro elaborado con ATLAS.ti)

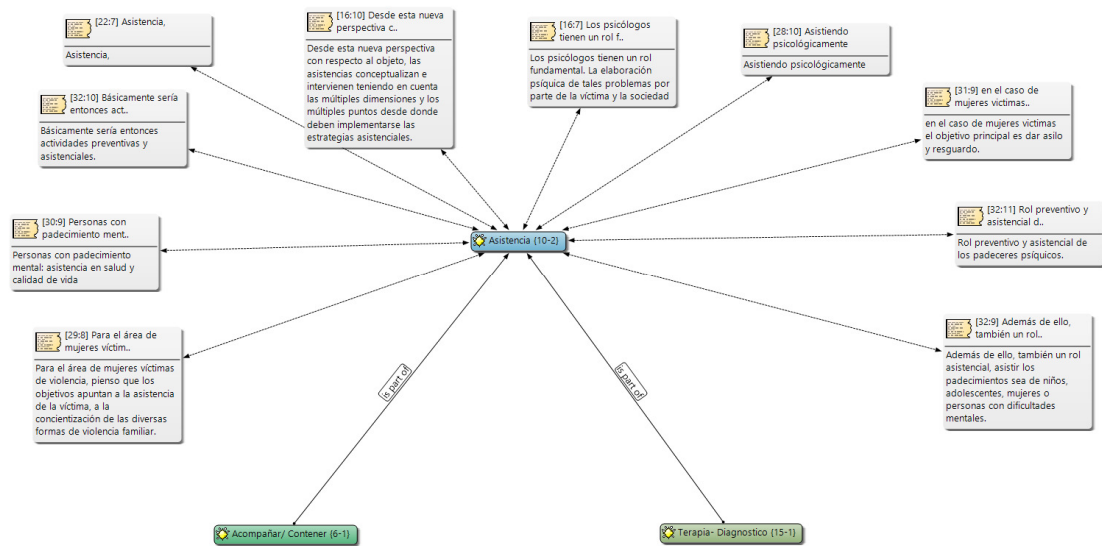


ASISTENCIA

Asistencia a los padecimientos subjetivos que se presentan en las personas víctimas de violencia familiar, niños maltratados y excluidos. Brindar espacios terapéuticos, se destaca como herramienta principal la clínica. Esta “asistencia” es nombrada como la especificidad del rol profesional. Aparece ligada a acciones de escucha y contención a la víctima y sus familiares. En palabras de los actores: “Los psicólogos podrían realizar tareas de acompañamiento tanto al individuo que lo requiere como a su círculo familiar para que pueda acompañarlo” (P006); “En el caso de mujeres víctimas de violencia, la actividad terapéutica y el seguimiento en el tiempo del caso. En el caso de padecimiento mental, la actividad terapéutica con el objetivo de resguardar la salud psíquica”

(P31: 016-12); “Brindar atención psicológica mediante distintos dispositivos que tengan como objetivo mejorar la salud y calidad de vida de los sujetos” (P007); “Podrían brindar atención psicológica mediante distintos dispositivos que tengan como objetivo mejorar la salud y calidad de vida de los sujetos” (P22: 007-12).

Cuadro 6.J. Actividades: Asistencia (cuadro elaborado con ATLAS.ti)



Como se presenta en el gráfico 6.J, estas acciones aparecen principalmente en el área de niñez y violencia y son tanto individuales como grupales.

Para alcanzar los objetivos señalados, y poder detallar las actividades que realizan los psicólogos desde su especificidad, se imaginan diferentes posibilidades, entre las que se encuentran la realización de actividades comunitarias y el trabajo interdisciplinario. La creación de actividades recreativas y culturales, la realización de talleres abiertos a la comunidad,

ofrecer charlas en lugares públicos, destinadas a informar, educar y concientizar respecto a la estigmatización que se produce a partir de prejuicios sobre determinados grupos sociales, etarios, o de género, son modos posibles de intervención. Estas propuestas tienen como característica realizarse en espacios públicos, y son destinadas, muchas de ellas, a la población en general, aún antes de que se produzca una demanda de parte de la población, esto implica que el psicólogo presente una posición activa respecto a su tarea. Se trata de acciones destinadas tanto a grupos como individuos. Por ejemplo: “La intervención en estos grupos de personas tanto en forma individual como grupal. La realización de charlas u otros tipos de actividades relacionadas con estas problemáticas y temáticas” (P23: 008-12)

Más allá de trabajar con las personas que sufren, creo necesario que se debería ocupar de estos problemas, dando charlas en lugares públicos porque lo que más se ve en el discurso de la persona común, el de la señora y señor del barrio, es la estigmatización del niño pobre, la mujer golpeada (algo habrá hecho) y el loco como peligroso (P18: 003-12).

Los psicólogos podrían realizar tareas de acompañamiento tanto al individuo que lo requiere, como a su círculo familiar para que pueda acompañarlo. Charlas comunitarias que eduquen y estimulen a la sociedad para que no excluya y ayude a las personas que lo necesitan (P21: 006-12).

Los psicólogos en el área de niñez y adolescencia, creo que una de las actividades podría ser a partir de estrategias como talleres, ir abordando distintas problemáticas del sujeto, escuchándolo por sobre todas las cosas, pero trabajar de una manera activa. Con el niño o adolescente. En otro área propondría actividades charlas para aquellas mujeres que están en situación de riesgo (P29: 014-12).

Crítica a posiciones dogmáticas u ortodoxas en la atención clínica

Un aspecto llamativo de las respuestas de este punto, es que se deja entrever cierta postura crítica respecto a los psicólogos que realizan su trabajo de manera dogmática, y que no asumen un rol activo en el acercamiento a la comunidad o la persona que presenta el malestar: *“Actividades preventivas saliendo al barrio. Es decir, saliendo y no esperando la demanda” (P25: 010-12)*

Los psicólogos pueden aportar herramientas quizás desde otro lugar que no sea el de la clínica, no necesariamente desde el clásico dispositivo analítico que más conocemos. Se pueden convocar a los sujetos a hablar desde un lugar más relajado y quizás surjan mejores resultados con aquellas personas que no irían a una consulta psicológica (P24: 009-12).

El psicólogo como cualquier persona, humaniza a sus pares. Dejarse de preocupar en la estimación social que se le adjudica y ponerse realmente contentos y ayudar, a una sociedad que grita por necesidades más allá de la especialización de su carrera, que tenga conciencia de la situación real y concreta de las personas que lo requieren. Que se intente de ayudar a satisfacer las necesidades básicas y que luego, intente promover lazos sociales solidarios, dignos y humanizantes (P19: 004-12).

Se encuentra una única respuesta donde la actividad del psicólogo estaría destinada a la elaboración de proyectos, ejecución y coordinación de los mismos (P28: 013-12).

Por último, algunas respuestas en las que se han resaltado algunos aspectos negativos de las políticas públicas sociales; en las mismas, se enuncia que estas acciones reproducen intereses de las clases dominantes, a su vez el sistema que busca dar una respuesta a estas problemáticas, se encuentra burocratizado y no resulta efectivo.

Otro de los aspectos señalados radica en la distancia entre la propuesta y lo que ocurre en los hechos, ya que si bien los textos pueden resultar positivos o

amigables, el tratamiento práctico de estas cuestiones dista mucho de lo señalado en las legislaciones. A continuación se señalan dos referencias demostrativas: “La nueva ley de salud mental, sumamente reciente, que considero un paso más simbólico que otra cosa” (P19: 004-12).

Pienso que los objetivos desde los programas gubernamentales para el tratamiento de estas problemáticas sigue siendo un objetivo enfocado en los intereses de la clase hegemónica, con lo cual muchos casos son institucionalizados (niños y adolescentes y padecimiento mental) y otros como es el caso de las mujeres víctimas de violencia familiar son desestimados muchas veces en sus denuncias (P27: 012-12).

La ley de defensa de los derechos del niño existe hace más años pero las modificaciones de las prácticas, si bien han cambiado un poco (más en el nivel judicial que otros), las prácticas represoras y penalizante siguen en la misma (P19: 004-12).

En lo que respecta a su formación, resaltan que tienen una formación casi exclusivamente psicoanalítica, que deben ampliar para considerar el trabajo en políticas públicas sociales; en sus propias palabras: “Los psicólogos recibidos de la UNLP, a mi parecer tienen un 90% de posibilidad de crear un futuro como psicoanalistas, acorde a la formación recibida (P22: 007-12) ; “Los psicólogos pueden aportar herramientas quizás desde otro lugar que no sea el de la clínica, sino interactuar desde el lado de la interacción, no necesariamente desde el clásico dispositivo analítico que más conocemos” (P24: 009-12).

6.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente análisis se concentró en el resultado de un conjunto de cuestionarios administrados a un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Psicología, UNLP, que cursa regularmente el ciclo profesional. Este grupo de 125 estudiantes, son en su mayoría mujeres, ingresantes entre los años 2010 y 2012.

A manera de síntesis, se señalan algunos aspectos de los resultados obtenidos, en relación con los resultados y propuestas de los diferentes autores presentados en las partes I y II de la presente tesis.

En primer lugar, respecto al nivel de PPS que conocen los alumnos, se observa que quienes se encuentran en cuarto año mencionan con mayor frecuencia las referencias a políticas de nivel nacional, mientras que, a medida que avanzan en la carrera, nombran diferentes PPS en distintos niveles (se incrementan las referencias a provincial y municipal). Es decir, los estudiantes del último año, mencionan además de políticas nacionales y de tercer sector, una mayor cantidad correspondiente a los ámbitos provinciales y municipales, hecho que coincide con la realización de las Prácticas Profesionales Supervisadas, que funcionan en articulación con actividades, instituciones y programas en estos niveles.

Resulta llamativo que, a diferencia de los resultados arrojados por otras investigaciones que señalan que la formación se centraba de forma hegemónica en la clínica (Piacente, 1998; Klappenbach, 2003; Di Doménico, 2008; García, 2009, Moya & Di Doménico, 2012; Salas, 2013), y que demostraban que las percepciones de estudiantes y graduados recientes, frente al campo laboral profesional era de falta de experticia y de herramientas

escasas para desenvolverse en otra área que no sea la clínica (Aisenson *et al*, 2005; Noailles, 2005); los resultados de la muestra contemplada en este trabajo, evidencian que a medida que se transita el ciclo profesional, los estudiantes expresan mayor confianza respecto a contar con las herramientas necesarias para el desempeño en el campo de las PPS. Además, los alumnos del último año responden de manera afirmativa ante la consulta sobre si consideran que los psicólogos pueden desempeñarse en cualquiera de las áreas propuestas por AUAPsi.

Si bien, los estudiantes no dejan de plantear que tienen una formación casi exclusivamente psicoanalítica, y que deben ampliar esta mirada para considerar el trabajo en PPS, perciben a este último campo, y a todas las áreas propuestas por AUAPsi, como posibles de un desempeño profesional exitoso; no obstante, algo que resulta llamativo, es que a pesar de afirmar esto, el interés por trabajar en PPS disminuye. Este punto será indagado en el próximo capítulo.

Las áreas sanitaria y social-comunitaria, son señaladas como las menos consideradas en la formación, este dato coincide con los resultados presentados por diferentes autores, entre los encuentran Saforcada (2006) y De Lellis (2006).

Por otra parte, un 83% de la muestra total de estudiantes entrevistados, indicó reconocer que se produjeron cambios en los últimos años, en materia de legislaciones, la mayor parte (un 39%) lo reconoce en el área de la niñez y la adolescencia, en consonancia con un 38% que dice reconocer estos cambios en el campo de la salud mental, mientras que un 23% los advierte en género. Ante la pregunta si los cambios en las legislaciones implican la realización de

nuevas actividades para los psicólogos, un 72% responde afirmativamente, mientras que un 22% entiende que no necesariamente los cambios legislativos impliquen que se modifique el modo de intervenir, en este sentido, se presentan coincidencias respecto a la señalado por Rotelli (2014) y Pérez (2014), quienes plantean que para lograr tales propósitos, se requieren cambios en las prácticas, sentidos atribuidos, y concepciones al respecto.

Estas consideraciones, pueden ser vistas a la luz de los objetivos para las PPS definidos por los estudiantes, que consideran que las mismas deben tener en cuenta los problemas de manera integral y desde una perspectiva social, y prestarle además fundamental importancia a la inclusión, promoción y prevención de los derechos y la salud. Cabe decir que en este punto se presenta una coincidencia respecto a los aspectos y objetivos para las PPS actuales que se señalan en los capítulos tres y cuatro de la presente tesis, y a su inclusión en la formación actual del Licenciado en Psicología. Los aspectos de prevención, inclusión y promoción, son priorizados por distintos autores, como fundamentales para propiciar PPS en base a los derechos humanos y sociales, y que propicien la participación y la salud (Tobar, 2002; Restrepo & Málaga, 2002; del Cueto, 2004; Ferullo de Parajon, 2006; Stolkiner, 2009; Stolkiner & Ardilla Gómez, 2012; Pérez, 2015).

Si bien, estos aspectos son señalados por los estudiantes como parte de los objetivos que se incluyen dentro de las PPS, las definiciones dadas por ellos se superponen y confunden con las actividades necesarias para llevar a cabo los objetivos, lo que podría coincidir con una deficitaria formación en aspectos referidos a investigación, tal como sostiene Di Doménico (2008), y a la tarea del

psicólogo y su preparación para la proyección o diseño de programas, planes y acciones de PPS.

Ahora bien, al momento de definir los destinatarios de las PPS, se indica a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Se plantea, por ejemplo en materia de género, un trabajo con quien es o fue sometido/a a la violencia en cualquiera de sus modos (aunque se prioriza la atención sobre la violencia física y las marcas traumáticas que desde una mirada psicológica puedan producir), o la desinstitucionalización, tanto para el caso de la niñez y adolescencia, como para las personas con padecimiento mental. En esta dirección, el esfuerzo se orienta hacia enfoques focalizados (Fleury, 2000), que en lugar de proponerse universales y abarcativas de la comunidad en general, localiza el problema y lo fragmenta sobre un grupo particular.

Respecto a las acciones a emprender para alcanzar los objetivos propuestos, en los ámbitos donde señalan conocer más políticas y programas (niñez y adolescencia y salud mental), es donde se proponen acciones ligadas a la prevención, información y comunicación; mientras en dónde menos políticas manifiestan reconocer (género), se focalizan en brindar una respuesta clínico- asistencial, o contención. Este aspecto, coincide con lo señalado por Pérez Chávez y Lenta (2011), ante la captura de este tipo de acciones, frente al temor o el desconocimiento.

Cabe considerar por otra parte, que el tipo de definición de PPS que se brinda es de tipo sectorial, de acuerdo con la clasificación realizada por Fluery (2000). Frente a este escenario, no se integran aspectos relacionales, intereses, juego de fuerzas, tampoco se plantea el vínculo con las formas estatales y las definiciones socio-históricas acerca de las mismas y el Estado, o

sus efectos en la producción de subjetividad (Aguilo, 2005; García Linera, 2010; Zaldúa, 2011; Agosto, 2012).

A estos elementos, se adiciona un grupo de respuestas que plantean las PPS desde su aspecto más negativo, vinculadas al interés de las clases dominantes, la burocracia e ineffectividad de las mismas. Además, se manifiesta un descreimiento respecto a los propósitos que las mismas proponen alcanzar, con las intenciones que subyacen al diseño y su planificación. Podemos vincular este conjunto de opiniones con los resultados expuestos por Villarroel y De Armas (2005), Noallies (2005), Fernández (2008), Zaldúa (2011), que afirman que los estudiantes y profesionales de la salud demuestran cierto escepticismo, respecto a la política, y las acciones a emprender para modificar la realidad.

Los resultados que se presentan en el próximo capítulo, tratan acerca de los sentidos y afectos en relación al campo analizado. Se observa que el interés o desinterés por las PPS, no necesariamente se encuentra ligado a la percepción del saber hacer, cabe preguntarnos que otros aspectos podrían estar siendo considerados al momento de privilegiar el ámbito privado por sobre el público, al momento de proyectar o imaginar el futuro profesional. En el siguiente capítulo, se busca explorar estos aspectos a través de la propuesta de imaginar diferentes prácticas, a partir de las técnicas de grupo focal y técnicas psicodramáticas.

CAPITULO VII. PRÁCTICAS IMAGINADAS Y SENTIDOS DESPLEGADOS EN ESCENA

INTRODUCCIÓN

La fundamentación de la elección de las técnicas aquí implementadas, elección, y la modalidad de análisis de los resultados, se describen en el capítulo 2. Una vez hecha esta consideración, y antes de proceder con la presentación y análisis de los datos obtenidos, se describe la modalidad de trabajo implementada y el diseño de los diferentes abordajes.

7. PROCEDIMIENTO

7.1 TALLERES MODALIDAD A: GRUPOS FOCALES

La primera modalidad corresponde a los grupos focales. El trabajo estuvo a cargo de un coordinador y un observador grupal. Se llevaron a cabo dos encuentros de grupo focal durante octubre de 2013 y abril 2015. Del primer encuentro participaron un total de 15 sujetos, mientras que en el segundo lo hicieron 12. Los encuentros se realizaron en aulas cedidas por la facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, de acuerdo con las condiciones requeridas por esta técnica y fueron diseñados de acuerdo a tres momentos:

I. Primer momento

Presentación de la temática y objetivo: El sistema de salud argentino y las principales PPS en salud.

II. Segundo momento

Producción en pequeños grupos de posibles estrategias de intervención en el campo de la salud.

III. Tercer momento

Cierre y producción de un escrito colectivo con las conclusiones por grupo de la discusión.

7.2 MODALIDAD B: MULTIPLICACIÓN DRAMÁTICA

Se realizaron dos encuentros, el trabajo estuvo a cargo de dos coordinadoras³² y un observador. Del primer encuentro participaron un total de 13 sujetos, mientras que en el segundo lo hicieron 8. Todos se desarrollaron en aulas cedidas por la Facultad de Psicología de la UNLP.

Ambos respetaron una disposición común en torno a cuatro momentos:

Primer momento

Presentación de la investigación en curso y de los participantes a partir de la consigna: “Me llamo..., soy Psicólogo y trabajo en o trabajo con...”

Segundo Momento

Conformación de grupos y trabajo con consignas:

“Cada uno debe pensar una situación de un psicólogo trabajando, a modo de escena con un principio y un final”. Luego, “Deben agruparse de a cuatro y van a compartir la escena que imaginaron y a partir de lo compartido, deben elegir una de las escenas y pasar a representarla. O pueden construir una escena nueva grupalmente”.

³² Una de ellas integrante del equipo de investigación con vasta experiencia en coordinación de grupos.

Tercer momento

Multiplicación dramática propiamente dicha. Luego de haber escenificado lo decidido grupalmente, bajo la consigna: “Ahora, aquel que quiera y se le ocurra alguna escena pasa y la hace”; se propone una segunda consigna: “¿Quisieran comentar las escenas que hayan pensado y que no representaron?”, se presentan las Escenas Silenciadas.

Cuarto momento

Elucidación colectiva de las significaciones imaginarias inmanentes a las escenas multiplicadas.

7.2 RESULTADOS

7. A GRUPOS FOCALES

7.A.1 OBJETIVOS A ALCANZAR EN EL TRABAJO EN SALUD

A partir del trabajo realizado en los grupos focales, surgieron cuestiones referidas a los objetivos de las intervenciones profesionales de los psicólogos en el campo de las PPS en salud, los objetivos de las actividades propuestas y la modalidad de las mismas.

La clasificación en categorías que se realiza a continuación, surge del análisis realizado sobre los datos obtenidos en los grupos focales, y como tal es arbitraria, de acuerdo al criterio del investigador, con asistencia del programa informático ATLAS.ti.

Se dividió el apartado en:

- Objetivos a cumplir (¿Qué se espera lograr?)
- Actividades que se realizan para alcanzar los objetivos (¿Qué actividades se van a realizar para alcanzar los objetivos propuestos?)
- Modalidad de trabajo (¿Cómo se van a realizar las actividades?)

Respecto a los objetivos a cumplir, se explicitan conmoviendo los prejuicios, representaciones e imaginarios que vinculan a quien se encuentra en situación de padecimiento mental con la peligrosidad, lo que se traduce en una acción estigmatizante que fortalece el proceso de exclusión social. Por otra parte, se persigue el propósito de alcanzar la inclusión social de quienes se ven afectados en su salud, a partir de fomentar lazos sociales saludables, la autonomía y calidad de vida de los afectados.

Se presentan algunas citas textuales a modo ilustrativo:

- *Lograr la inclusión social de quienes se ven afectados en su salud:* “El fin de esta actividad consiste en un trabajo de inclusión”. (P 3- 11); “Fomentar la autonomía y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, logrando así la inserción en la sociedad”. (P4- 11)
- *Conmover los estigmas, prejuicios y representaciones en torno al padecimiento mental:* “Como objetivo general, el dispositivo busca penetrar en el ideario social sobre el enfermo mental, relativizando las ideas del enfermo mental como sujeto peligroso, y el encierro como medida principal para su tratamiento”. (P 7- 11)

Consideramos necesario generar un cambio de conciencia para desnaturalizar la noción de enfermedad mental que es mantenida desde dentro y fuera de la institución manicomial y promover una nueva visión que nos ubique en un “entre” las mismas, ya que es de vital importancia pensar que la rehabilitación debe ir paralela a la tarea de evitar todo tipo de discriminación, abandono y depósito de personas en instituciones que los excluyen con promesas de reinserción. (P 5-11)

- *Fomentar lazos sociales saludables:* “Trabajar desde la concientización y participación activa comunitaria generando vínculos o lazos sociales que permitan la inclusión participativa del sujeto en la sociedad y su incorporación en el circuito productivo”. (P 8-11)
- *Promover la autonomía y calidad de vida de los afectados:* Integrar a las familias de los pacientes psiquiátricos, a grupos terapéuticos que los informen y preparen para la eventual salida y reinserción social y familiar y refuercen los vínculos parentales”. (P 5-11); “Asegurar la autonomía e independencia”. (P 9- 11)

Este dispositivo debe funcionar como una especie de andamiaje que poco a poco pueda ir haciéndose a un lado permitiéndole al paciente un pleno

desarrollo en la comunidad sin la necesidad de continuar su sostén en dicho dispositivo, creando en él independencia y autonomía. (P 8 -11)

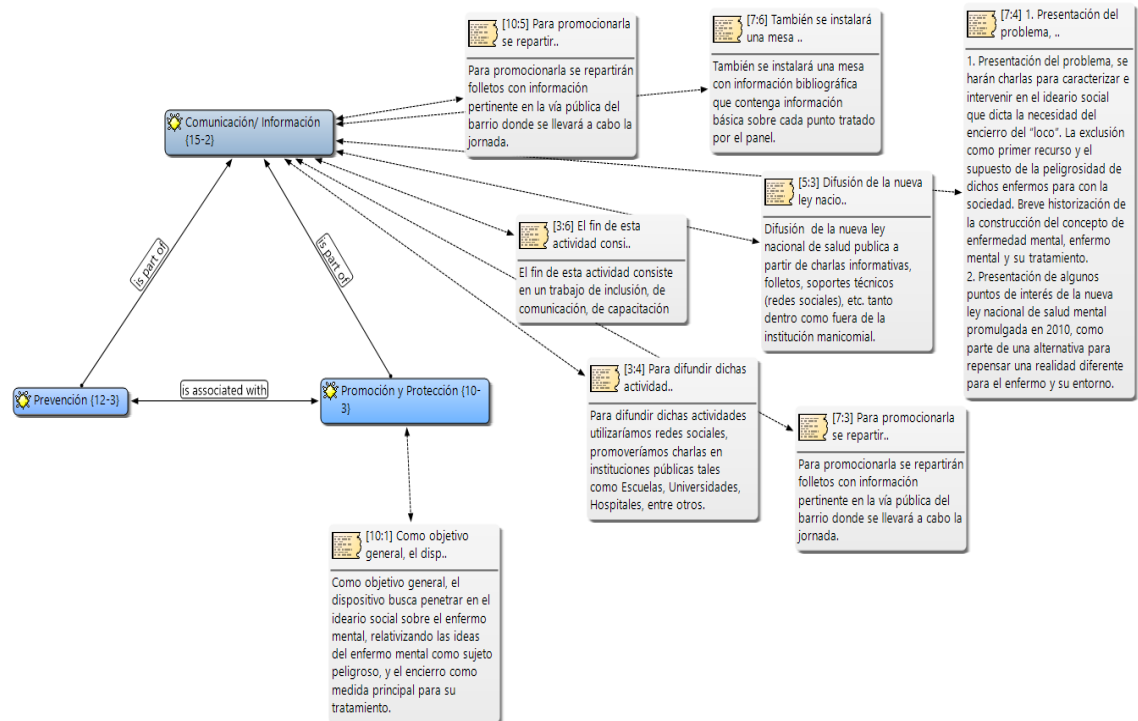
7. A.2 ACTIVIDADES A REALIZAR POR LOS PSICÓLOGOS EN EL CAMPO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Si bien, los propósitos de prevención y promoción de la salud no son enunciados específicamente como objetivos a alcanzar, tanto la promoción como la prevención, se encuentran asociadas a las actividades de información, comunicación, capacitación y concientización que se detallan a continuación.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Para alcanzar los objetivos propuestos, entre las actividades que se proponen se incluyen la comunicación y la información a los actores comunitarios, y la capacitación. La difusión de la información se realiza de maneras variadas y tiene como finalidad diversos alcances; entre los cuales se mencionan: la instalación de una mesa con información bibliográfica, folletos informativos repartidos en la vía pública, realización de encuentros y charlas grupales, contextualización e historización de las nociones de salud, salud mental y peligrosidad, transmisión de los puntos más novedosos y controversiales de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, la utilización de redes sociales para la divulgación.

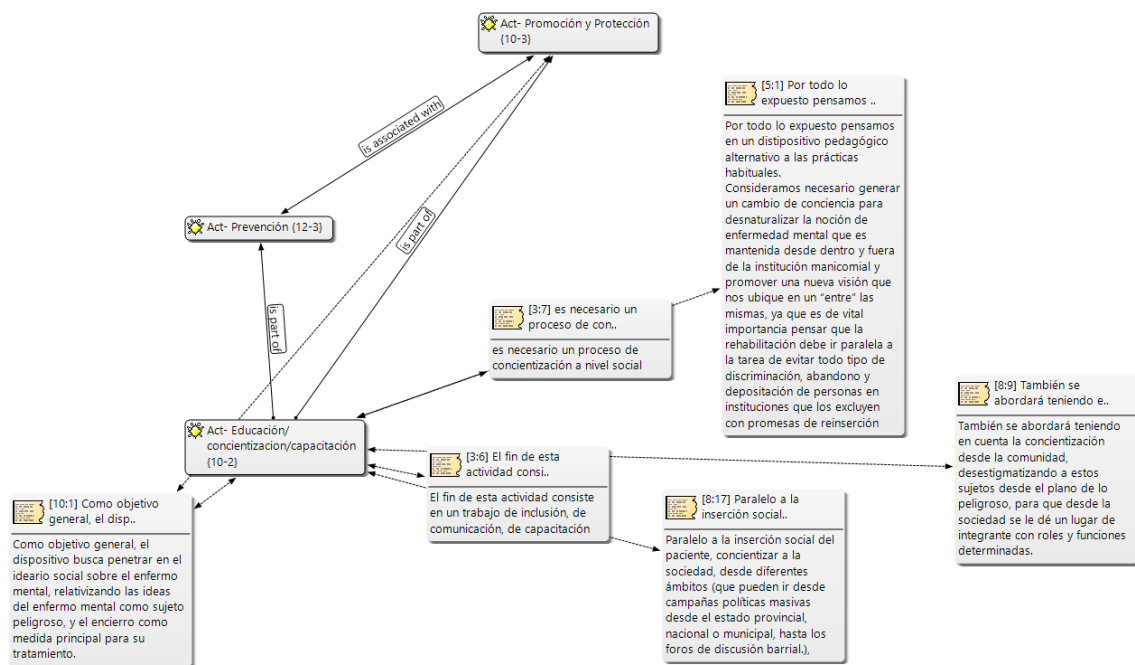
Cuadro 7.A Actividades: Comunicación e información (cuadro elaborado con ATLAS.ti)



ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN

Se señala la importancia de realizar un proceso de concientización a nivel social, que puede ser trabajado tanto desde la implementación de dispositivos pedagógicos- educativos, formales y no tradicionales, como desde la facilitación al acceso a la información. Estas actividades, tienen por fin la inclusión, la toma de conciencia a nivel social de la problemática, y reducir los estigmas, prejuicios y exclusión que recae sobre quienes han tenido o tienen un padecimiento mental. Por otra parte, poder igualar la noción de padecimiento con peligrosidad, y contribuir a generar demandas e intervenciones por fuera del aislamiento y la internación crónica.

Cuadro 7.B Actividades: Capacitación y concientización (cuadro elaborado con ATLAS.ti)



ASPECTO COMUNITARIO

Las actividades propuestas se realizan tanto en instituciones, como en ámbitos comunitarios. Entre estas últimas se encuentran visitas y consultas domiciliarias de los equipos de salud, actividades artísticas, deportivas realizadas en espacios públicos, abierta a la participación de todos los interesados, y diferentes actores (no se restringe a los técnicos y profesionales el diseño y responsabilidad sobre estos espacios). En palabras de los estudiantes: "Integrar a los pacientes en los proyectos sociales comunitarios". (P 8-11); "Creemos que estas prácticas podrían ser una de las formas de generar un cambio en la forma de ver y relacionarse con la enfermedad y la salud". (P 5-11); "El dispositivo de intervención social constará

de una jornada comunitaria itinerante de carácter quincenal que se presentará en diferentes barrios de la ciudad”. (P 7-11)

Consultas ambulatorias del equipo interdisciplinario a la casa una vez por semana (grupales e individuales), que paulatinamente vayan disminuyendo acorde a la evolución de los casos, hasta que llegado el momento ésta intervención sea electiva por parte de los sujetos. (P 9- 11)

Estas acciones tienen como finalidad incluir, conmover la estigmatización que recae sobre quienes tienen algún padecimiento vinculado a la salud, fomentar la participación y la autonomía de los sujetos involucrados.

El dispositivo que diseñamos consiste en diversos talleres (...) El fin de esta actividad consiste en un trabajo de inclusión, de comunicación, de capacitación y de un intercambio de saberes entre todos, un aprendizaje recíproco, donde no se marquen, ni promuevan las clasificaciones ni las dicotomías “enfermo-sano”, “normal-anormal”, “incluido-excluido”, como así también la posibilidad de lograr medios de auto-sustentabilidad e iniciar una forma alternativa de vida más sana y natural para todos. (P 3-11)

Está previsto que una vez al mes, el Centro organice una kermes, abierta a la comunidad, en donde se realizarán actividades recreativas y brindarán un espacio de exposición de las obras de arte, música y poesía, además de la venta de los productos realizados durante el mes. (P4-11)

ACTIVIDADES RECREATIVAS

Se ofrecen de acuerdo a los intereses y demandas de los participantes, que en casos excepcionales son abiertos a la comunidad, y en la mayor parte de los casos se destinan exclusivamente a poblaciones focalizadas. Estos espacios se encuentran a cargo del equipo de trabajo destinado al abordaje de la problemática, en el caso que estos talleres se ofrezcan en una institución, y

también de un equipo vinculado directamente con las actividades recreativas ofrecidas. Estas actividades incluyen salidas recreativas, talleres artísticos (pintura, música, teatro, escultura, cine, cerámica, expresión corporal), y la participación en espacios deportivos.

Generar propuestas abiertas para que se redefinan nuevos lazos entre el paciente y la comunidad. Estas propuestas deben ser variadas dando apertura a diferentes campos de posibilidades, para que el sujeto pueda elegir de acuerdo a su deseo. (ej: talleres de teatro, laborales, torneos deportivos y recreativos, lugares de discusión, ciclos de cine, etc.). (P 8-11)

Se ofrece el taller de cine-debate; en este espacio se proyectarán películas con diferentes temáticas luego de las cuales se realizará un espacio de debate para contrastar diferentes opiniones frente a dicha temática, esto con el fin de facilitar los lazos comunicacionales entre los miembros del taller. Un taller de lectura y producción de cuentos, poesías, etc. Este, está basado en la lectura de cuentos cortos y poesías para fomentar el debate y el respeto de las diferentes ideas de cada miembro del taller y también fomentará las producciones propias de las personas. (P 4-11)

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN LABORAL

Se refiere al ofrecimiento de diversos talleres o jornadas, de capacitación laboral, para la transmisión de un oficio y su finalidad terapéutica. Se tienen en cuenta los saberes previos de los sujetos, sus intereses y habilidades, y la posibilidad que la actividad constituya un sustento económico para quién la realice, a partir de la elaboración de un producto que se pueda poner a la venta, ya sea mientras lo está aprendiendo, o en un futuro, de manera autónoma e independiente.

Taller de laborterapia: contarán con cuatro opciones a libre elección, un taller de carpintería donde se aprenderán las técnicas para la construcción de diversos objetos como muebles, juguetes, etc. (...) Todos los productos que se realicen en dichos talleres estarán disponibles para su comercio por el cual recibirán una justa compensación por su tarea. (P 4-11)

Fomentar la búsqueda de trabajo en cooperativas, micro emprendimientos, acorde a sus conocimientos y deseos. Desde esta perspectiva, pensamos el trabajo no solo como instrumento que permita cubrir las necesidades básicas, sino como productor de subjetividad, como herramienta para la creación de nuevos vínculos. (P 6-11)

El final de este dispositivo estaría basado en los beneficios económicos que podrían sustraer de la producción que se obtiene en los talleres laborales. En cuanto a los artísticos se deben programar muestras de las pinturas y esculturas en una galería, las cuales pueden ser subastadas. Con respecto a al taller de teatro y música se puede hacer obras y recitales para la comunidad cobrando entrada. (P11-11)

7.A.3. MODALIDADES DE TRABAJO INTERDISCIPLINA Y TRABAJO EN EQUIPO

Las acciones señaladas son realizadas por un equipo de trabajo interdisciplinario. Los integrantes de los equipos técnicos que se indican son profesionales de diferentes disciplinas vinculadas al área social y salud (abogados, trabajadores sociales, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, terapistas ocupacionales, psicólogos, sociólogos y enfermeros). Salvo excepciones, como en el caso de los trabajadores sociales o abogados, no se especifica la función que estos profesionales cumplen. El abogado realizaría asesoría legal, informaría sobre los derechos, legislaciones, tramitaría documentación; por otra parte el trabajador social, se ocuparía del bienestar social y la calidad de vida, a partir del asesoramiento, evaluación de las condiciones materiales y el acompañamiento en la gestión de diferentes beneficios sociales.

El equipo interdisciplinario, ubicado en el hospital general, estará integrado por psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales y otros profesionales según la particularidad del caso. (P11- 11)

El centro contará con un grupo interdisciplinario de profesionales compuesto por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros. Este será el equipo permanente del centro pero a su vez cada uno de los talleres contará con un grupo técnico especializado e idóneo para propiciar las actividades de cada taller en particular. (P 4-11)

Consultas ambulatorias del equipo interdisciplinario a la casa una vez por semana (grupales e individuales), que paulatinamente vayan disminuyendo acorde a la evolución de los casos, hasta que llegado el momento ésta intervención sea electiva por parte de los sujetos. (P 6-11)

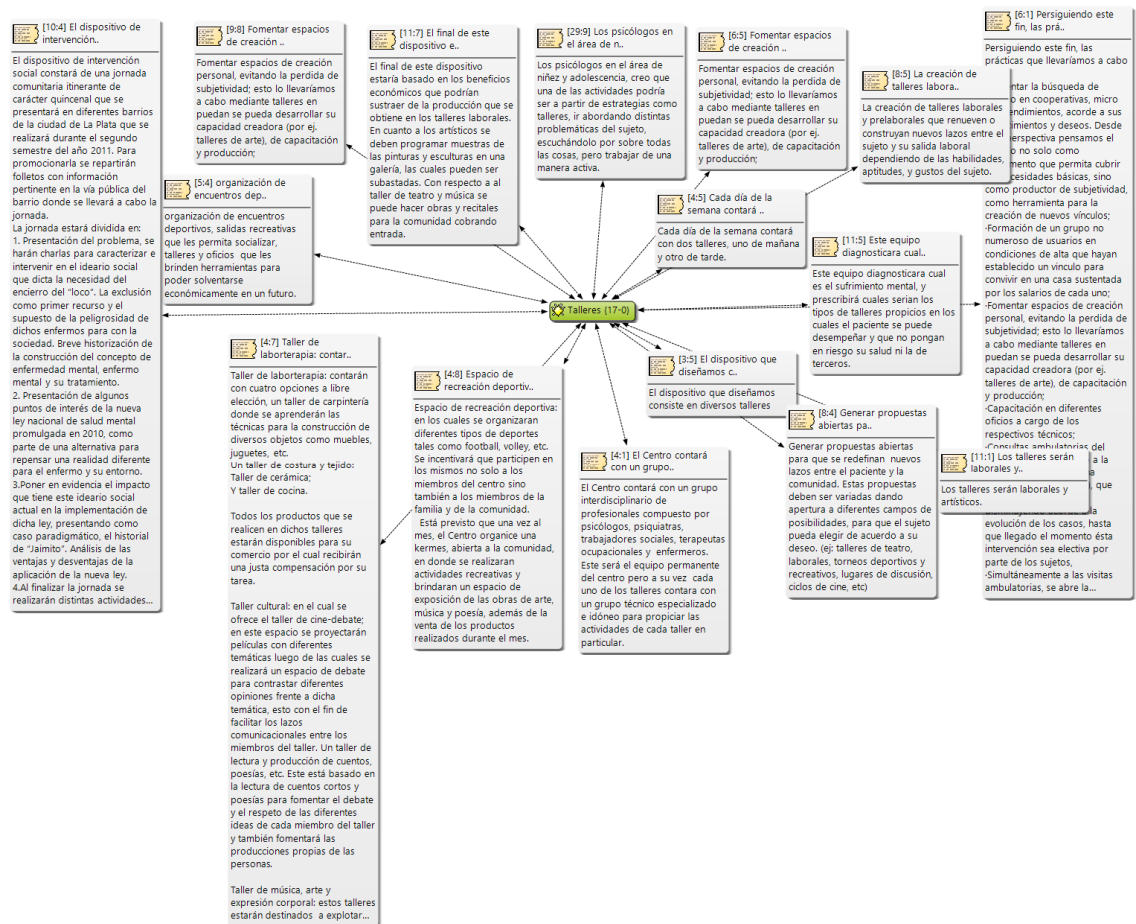
La jornada será llevada a cabo por un panel interdisciplinario de profesionales: psicólogos, abogados, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos, entre otros. (P 7-11)

En cuanto a la especificidad del psicólogo, se vincula con aspectos terapéuticos y asistenciales, estos pueden ser ofrecidos de manera grupal o individual, estar destinados al afectado directo y/o a su familia. Se señalan como posibilidades brindar una terapia psicoanalítica, y realizar diagnósticos. A modo de ejemplo: “Además de estos talleres se cuenta con un espacio exclusivo de terapia grupal y/o individual cuyos horarios se acordarán con los profesionales a cargo”. (P 4-11); “Integración de las familias de los pacientes psiquiátricos, a grupos terapéuticos que los informen y preparen para la eventual salida y reinserción social y familiar y refuercen los vínculos parentales”. (P 5-11); “Simultáneamente a las visitas ambulatorias, se abre la posibilidad de que cada usuario asista a una consulta psicológica en caso de que lo crea necesario”. (P 6-11); “En cuanto a la especificidad del psicólogo, está con la terapia psicoanalítica y de grupos, en donde el psicólogo interviene como analista para ayudar a tramitar y poner en palabras la situación que atraviesa la víctima, iniciándose un tratamiento”. (P13-16)

TALLERES

Mayoritariamente se ha señalado la modalidad taller, como el modo en el que se desarrollan las diferentes actividades propuestas, ya sean recreativas, de capacitación, educativas, informativas o laborales. Los talleres se encuentran destinados en algunos casos a la comunidad en general, y en su mayor parte a poblaciones específicas, afectadas por alguna problemática en particular. Estos espacios están a cargo de equipos de trabajo interdisciplinarios, y se proponen colaborar en la autonomía de los sujetos, su validación personal, y el vínculo con otros.

Gráfico 7.C Modalidad de trabajo: Taller (cuadro elaborado con ATLAS.ti)



7. B. MULTIPLICACIÓN DRAMÁTICA

7. B.1 ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS PSICÓLOGOS

A partir de lo enunciado en la presentación se relevaron diferentes actividades que realizan los psicólogos:

- Educativa
- Clínica
- Salud Mental y Adicciones
- Investigación
- Jurídico Forense
- Psicodiagnóstico
- Laboral

Cómo temáticas laborales se señalan: Salud Mental, Adicciones, Niñez y adolescencia, estimulación temprana, retraso mental. Los ámbitos que se mencionan el institucional y el comunitario.

Como se mencionó en la introducción, los talleres contaron con cuatro momentos diferentes, de acuerdo a lo enunciado en la presentación de los participantes (primer momento), el trabajo en instituciones se realiza en los “gabinetes pedagógicos escolares”, en la Facultad, Hospitales, Hospital de día, en un Centro Provincial de Atención (CPA), en instituciones de encierro (penal, instituto para menores, Hospital psiquiátrico).

En la Figura 8.A presentada a continuación, es posible ver algunas citas ilustrativas que presentan estos ámbitos donde los participantes del taller, futuros profesionales de la Psicología, imaginan su desempeño profesional.

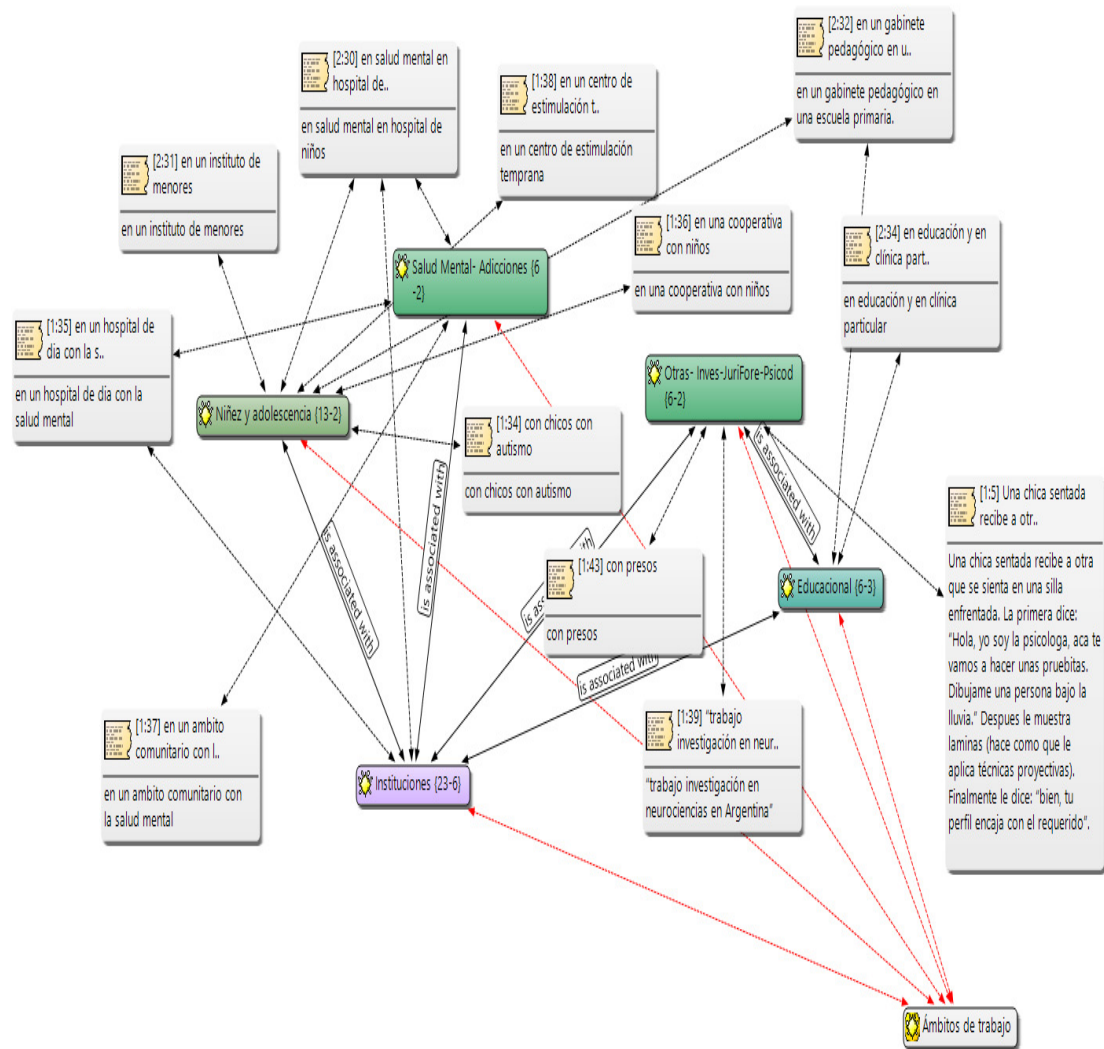
Puede observarse en la figura que se indica la estimulación temprana como una de las modalidades de intervención posibles, también la temática de “retraso mental”. Resulta significativo destacar un posible conocimiento intuitivo sobre estas áreas de trabajo, o desconocimiento formal o preciso de las mismas, lo que se evidencia a partir del uso desactualizado de ciertos términos específicos como “gabinetes pedagógicos escolares”, en lugar de “Equipo de Orientación Escolar”, o a “retraso mental” en vez de “discapacidad intelectual”.

Si bien, las temáticas y ámbitos señalados son enunciados en el primer momento del taller, durante el transcurso de las escenas, son dejados a un lado.

Se destaca que durante el primer momento de los talleres se realiza una conexión interesante entre Salud Mental, y niñez y adolescencia, que no vuelve a retomarse en los demás momentos de los talleres; y las escenas que se presentan tienen como temática central lo educativo y lo clínico, y los destinatarios de la mayoría de las intervenciones, son los niños.

7. B.2 ÁMBITOS DE TRABAJO

Figura 7.D Ámbitos de trabajo (Cuadro elaborado en ATLAS.ti).



SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Durante el primer momento de los talleres se enuncia salud mental y adicciones como temática laboral, y se señalan como ámbitos posibles para estas intervenciones: el institucional y el comunitario (ver Figura 8.B). Sin embargo, en lo presentado en el transcurso de las escenas, el tema de Salud Mental aparece una única vez, vinculado a la temática de adicciones, y es

abordado desde una institución pública (CPA), de manera interdisciplinaria. Esta atención se realiza en equipo, y presenta la característica de la urgencia: la familia solicita una atención pronta, y el equipo intenta responder de esta manera a la demanda. Las acciones a seguir o modalidad de intervenir, no están delimitadas, tampoco se observa una diferenciación en los roles entre los diferentes integrantes del equipo.

Un hombre sentado y una chica detrás. Más lejos una chica sentada.

Ella: "¿vas a llamar? ¡No llames!"

Chica alejada atiende el teléfono: "hola CPA" (aclara al público: yo soy la psicóloga del CPA)

El hombre: "Sí, que tal, te llamo por una urgencia. A mi hija la encontré con droga, tiene droga. ¿Te paso la dirección?"

La psicóloga se levanta de la silla y se acerca a dos compañeros que estaban sentados: "tenemos una urgencia, vamos".

(...)

En la otra escena, los dos hombres (que nunca se aclara cual es su función) hablan con el padre: "que tal, ¿vos sos el papa? Contanos que paso"

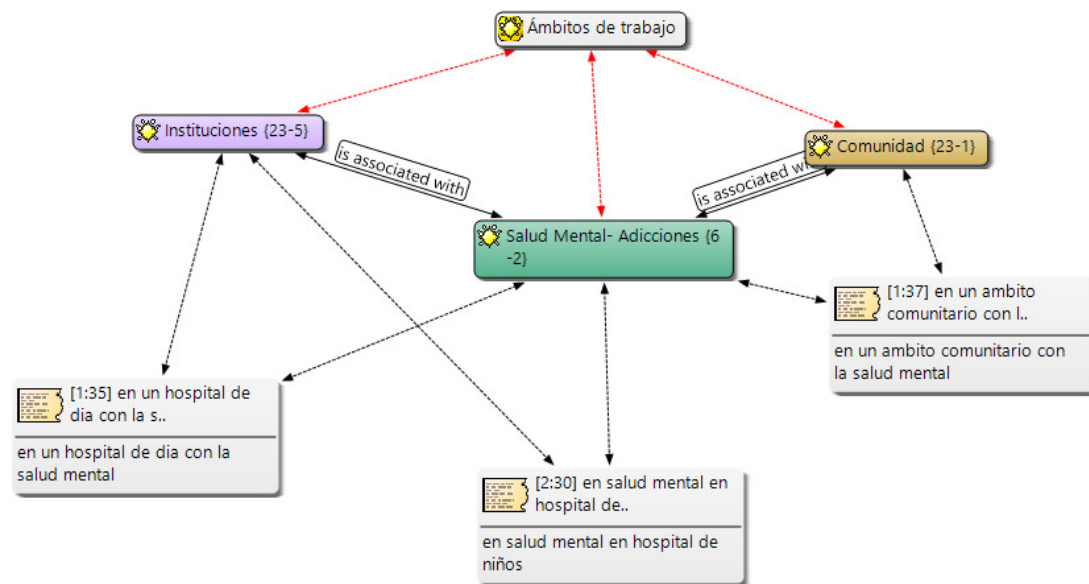
Padre: "que tiene marihuana por todos lados"

Ellos: "¿Qué podemos hacer nosotros?"

Padre: "ayudarla, sacarle la droga"

Ellos: "bueno, ahora está hablando la psicóloga con ella"

Figura 7.E Salud mental en ámbitos institucionales y comunitarios a partir de lo enunciado en la presentación (Cuadro elaborado en ATLAS.ti)



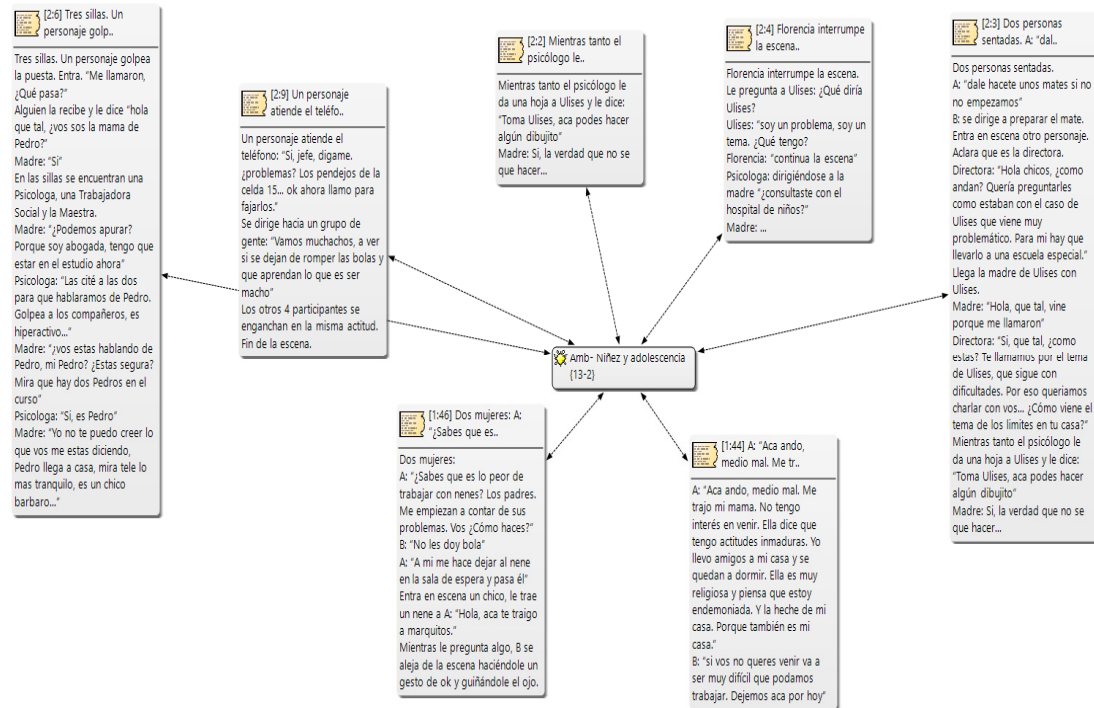
Por último, la modalidad de intervención comunitaria, y el nexo entre salud mental y niñez no son retomados en la escenificación.

EDUCACIONAL Y CLÍNICA DE NIÑOS

El trabajo con niños y adolescentes se plantea en diferentes ámbitos. En un primer momento, cuando los participantes mencionan los espacios dónde les gustaría trabajar, el trabajo con niños se desarrolla en lo penal, en salud mental, en escuelas, en centros de estimulación temprana, en una “cooperativa”, en una institución de encierro (Figura 8.A). Luego, en el momento de las escenas, la temática “niñez” también es recurrente, y se la aborda tanto desde la escuela, como en un penal (“los pibes”), o en el consultorio particular.

Estas escenas se encuentran cargadas de un tinte pesimista, cierto desgano. Además, en ellas las intervenciones profesionales aparecen trucas o disminuidas. Lejos del disfrute, se exponen los disgustos y quejas sobre la actividad que se realiza, que además es señalada discursivamente cómo aquella deseada. Al respecto, en el cuarto momento del taller (el reflexivo), los participantes plantearon: *“Siempre apareció la queja”; “Es como que en todas las escenas faltaba el placer de hacer uno lo que le gusta”*. Este tinte de cansancio, aburrimiento y queja, estuvo presente en el desarrollo de los dos talleres realizados desde las técnicas con psicodrama, sobre lo que se profundiza más adelante.

Figura 7.F Trabajo con niñez y adolescencia. Selección de escenas
(Cuadro elaborado en ATLAS.ti)



7.B.3 MODALIDADES DE TRABAJO: TRABAJO EN EQUIPO Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Otro aspecto que se presentó a lo largo de las escenas, es el caso del trabajo en equipo e interdisciplinario. El trabajo en equipo no parece ser una actividad elegida o voluntaria, ni estar ligada al disfrute, más bien se presenta como una situación de la cuál no se pueden desligar, inherente al trabajo en instituciones.

En algunos casos el equipo está conformado exclusivamente por psicólogos, mientras que en otros es interdisciplinario: docentes, trabajadores sociales, abogados, médicos, médicos psiquiatras y acompañantes terapeuticos

conforman estos grupos; en este último caso se es muy crítico respecto al trabajo que realizan los demás profesionales no-psicólogos.

En lo público, los equipos son presentados como un sostén para compartir el padecimiento, otros que comparten la misma situación de precariedad pero con los que no construyen alternativas. Un dato llamativo, es que en ninguno de los casos se debaten las estrategias de intervención a seguir o se realiza alguna consulta profesional, lo que se dialoga y comparte es el malestar.

A continuación se presentan algunos ejemplos de las escenas que contienen estas características:

C: “no hay comunicación ni coordinación” (aclara que él es el trabajador social)

B: “yo, desde mi profesión, entiendo el asistencialismo del trabajador social. No estoy de acuerdo porque para mí hay que hacer test” (pareciera ser el psicólogo)

D: (no registro bien que dice, pero queda claro que es el médico)

C: el problema es que los médicos se piensan que son los dueños del hospital.

Trabajadora Social: “Bueno, la madre se fue, veamos si podemos contar con alguien más de la familia”

Psicóloga: “la verdad mejor porque yo ya me tengo que ir”

Maestra: “pero yo necesito que me ayuden”

Trabajadora Social: “Yo pensé en un acompañante terapéutico”

Un participante entra en escena. Se sienta en el suelo. Hace el gesto de remar. Cada vez se le hace más dificultoso. Se cansa. Aparece otro en escena que se sienta atrás y ayuda. Avanzan.

Aparece un tercero que mira desde afuera, parado y les dice “Esto no avanza, no van a llegar a ningún lado”.

Sobre esta última escena, en el momento reflexivo, quien se acercó a remar afirmó que lo hizo por “Por solidaridad, uno se acerca y quiere hacer y siempre hay uno que molesta”. Respecto al enunciado “no van a llegar”, refirieron a las

condiciones externas que dificultan la realización de las tareas, a las condiciones, o a aspectos internos: “a mí me pareció como parte de uno mismo, esa parte interior que te dice *no vas a llegar*”; “a mí me pareció, al contrario, algo externo, las condiciones”.

En líneas generales, las escenas se centraron en la trama laboral, en lo que sucede entre los equipos, entre los técnicos, los profesionales, y no en la dimensión de la clínica y el trabajo en equipo. Las visiones de cada situación o caso, son parcializadas, desde un hipotético saber especializado y fragmentado de otros saberes. No hay diálogo. Aún así el equipo permite el espacio para compartir el malestar, la queja y el aburrimiento, estado que no se presenta como personal, sino como propio del espacio público.

7. B.4. RELACIÓN CON LA AUTORIDAD

Resulta pertinente profundizar en la relación de subordinación que se presenta en distintas escenas: la directora de escuela o el jefe en el penal, le dicen al empleado (psicólogo en el primer caso, y un personaje indefinido en el segundo) lo que debe hacer, y ellos responden a esas autoridades. Los motivos que justifican las acciones no se exponen, y la intervención parece determinada por aspectos caprichosos. Durante el momento de reflexión colectivo sobre las escenas, los participantes señalaron algunas cuestiones sobre este punto: “En las primeras tres escenas se ven situaciones de subordinación, de jefe-psicólogo, de médico-psicólogo”; “Yo cuando armé la escena, no esperaba que nadie se pare desde otro lugar, esperaba que todos me siguieran”; “y los psicólogos eran funcionales a la directora”.

Como respuesta a estas situaciones una operación que intentan hacer los psicólogos para hacer su trabajo, es que el director se vaya: parece necesario que la autoridad ceda su espacio “se retire” para que los psicólogos puedan hacer lo que saben, de otra manera hacen lo que les dicen.

Directora: “Estoy desbordada. Al borde de un ataque de nervios, debería ser un caso de solución inmediata”

Coordinadora: “Ahora hablen los psicólogos como si acá no estuviera nadie, ¿Cómo se sienten?” (Pide que realicen un soliloquio)

A: “molestos por los comentarios de la directora”

B: “la madre está perdida”

Coordinadora: “Ahora cambien de rol, la madre por la psicóloga”. Continúen.

La madre atiende el teléfono y se levanta de la reunión. Los psicólogos comentan que van a hablar con Ulises y deciden pedirle a la directora que se retire, que los deje hacer su trabajo.

Directora: “Bueno, pero así me dicen con todos los casos, acuérdense que también está el caso de Matías, y de Micaela...”

7. B.5. LA IMAGINACIÓN Y LAS INTERVENCIONES POSIBLES

En atención a lo señalado, pareciera que la posibilidad de pensar acerca de las intervenciones del psicólogo aparece vaciada de sentido, en este punto ¿está el hacer profesional dentro de los márgenes de lo posible de la imaginación estudiantil? En palabras de los participantes del taller: “En algunas escenas, el psicólogo no interviene...”; “En la escena de la represión policial, no está en lo posible que intervenga un psicólogo y cuando eso pasa, los psicólogos ¿Dónde están?”; “Yo, dentro de la escena de Ulises, cuando estaba como mamá, y se dijo lo de que tal vez habría que conseguirle un acompañante terapéutico, pensaba nunca se me hubiera ocurrido que esa podía ser una situación para llamar un acompañante terapéutico y ¡yo soy acompañante terapéutico!”; “la misma que dijo que quería trabajar en un

instituto de menores vio el ámbito de la cárcel sin psicólogos”; “Es llamativo que los roles de la directora por ejemplo están más claros”.

La presencia del jefe o el director, es decir, de un cargo jerárquico superior nos hace pensar que lo público no permite definir el rol profesional, ya que se juega con que para poder “ser psicólogo” no debe estar la presencia del director. Una segunda línea de interpretación sobre esto podría tener su asiento en el modo en que se imagina la libertad de hacer, y la autonomía profesional. De alguna manera se presenta como un hecho necesario para poder intervenir, una libertad no regulada. ¿Se vincula acaso a la autonomía, independencia profesional con una ausencia de roles y jerarquías?, ¿No implica acaso este poder hacer a espaldas de las autoridades, dejar de generar acciones instituyentes y transformadoras?

El consultorio es presentado como un espacio de soledad y desconcierto. Lo llamativo de este caso es que el psicólogo se pone a sí mismo el encuadre que lo limita. Pareciera que las herramientas conocidas para intervenir se imaginan como difíciles de implementar en el ámbito institucional.

La pregunta sobre qué hacer o qué es posible plantear como intervención no surgió como idea, porque tampoco surgió la necesidad de preguntarse “*qué tengo que hacer*”. En el momento de reflexión, se indagó una escena en la que una de las participantes propone que “*le hablen todos fuerte a la vez*”, entonces todos comienzan a gritarle. Esta escena, en el momento reflexivo fue asociada a las diversas demandas de las cuales el psicólogo y el estudiante es destinatario: “Me interpelaban las múltiples voces o múltiples demandas con múltiples respuestas. Esas múltiples demandas que nuestra profesión nos enseña a reconocer”; “Yo estoy cursando quinto y parece que el psicólogo

puede hacer todo, y si va al cine, el psicólogo es el que pone la película”; “Eso es porque hoy en día no hay tiempo para hacer todo lo que uno debe hacer, estamos sobrepasados de tareas”.

En consonancia con este planteo, las múltiples “demandas” y la posibilidad de intervenir, se vincula una escena de recibida; en ésta un grupo de estudiantes celebran que uno de ellos da su último final y se recibe³³, y es interpelado sobre qué va a hacer... el silencio, la falta de respuesta se vuelve el centro de la escena.

Alguien comenta “Yo quiero sacarme esto de la cabeza” y le pide a los demás que se acerquen “vengan que me estoy recibiendo”
Todos se acercan a festejar. Alguien le pregunta “¿Quién te tomó el final?”
Ella contesta “¿Qué importa?”
Alguien: “Y ahora ¿Qué vas a hacer?”
Se queda en silencio. Risas.

Una persona acostada y otra sentada a su lado. (Parece ser una escena de consultorio, de diván).
Paciente: “y bueno, esa es la relación que tengo con mi hermano”
Analista: “¿no estabas hablando de tu jefe?”
Paciente: “es lo mismo, con mi familia me pasa lo mismo que con mi jefe. Eso a usted ¿no le pasa?”
Analista: “No es importante lo que me pase a mí”
Paciente: “¿¿Como que no!?”
Analista: “Y usted, ¿que pretende de este espacio?”
Paciente: “Que usted me ayude, si no para que le pago”
Analista: “Bueno, nos vemos la semana que viene”

Luego de esta escena, se presenta lo individual, el diván e intervenciones clisé, el analista plantea “no es importante lo que me pase a mí”, llama la atención la interpelación del paciente: “¿Cómo qué no?”. ¿Qué líneas de

³³ Destacamos que esta es una escena que se repite con frecuencia en diferentes talleres realizados desde la cátedra de Psicología Institucional-Facultad de Psicología, UNLP, que incluyen técnicas de psicodrama y multiplicación.

sentido abre esta reclamación? Las escenas aquí presentadas se dan en continuidad, una detrás de la otra. El paciente que se pregunta en la escena por la importancia del sentir del psicólogo, pone en foco la cuestión afectiva. ¿Puede acaso el dispositivo analítico proteger de los afectos? , ¿Qué esta significando esta acción, luego de la escena de la recibida? Se replica lo planteado por Pérez Chávez y Lenta (2011), respecto al refugio en lo clínico asistencial, frente a la incertidumbre en relación a la intervención profesional.

En el momento reflexivo, en oposición a lo desplegado, se apela al grupo como instancia de contención, y a la importancia de poder expresar afectos y emociones, ni el psicólogo, ni el estudiante puede pretender estar muerto. Las citas aquí presentadas demuestran cierta coincidencia con lo planteado: “A mí me cuesta eso de la disociación instrumental”; “eso de la posición del muerto es algo que yo no me puedo imaginar cómo hacerlo”; “yo quiero destacar la importancia de estar con otros. Aun en los espacios de soledad, la necesidad de compartir el padecer”; “el problema es el encuadre. Porque no hacemos muchas cosas por no desdibujar el encuadre” a mí me llamo la atención como cuesta un abrazo”.

En continuidad con esta línea de sentido, es posible pensar que el pedido de volver a los grupos, constituye de alguna manera una apelación a “hacer con otros”, una convocatoria a lo colectivo: “Volvamos a los grupos”. ¿Cómo son pensados los grupos terapéuticos, las intervenciones grupales? En íntima relación con el punto anterior, los grupos vuelven a aparecer como un punto de rescate, pero nuevamente de una forma que no hace política. Los pacientes son muchos, el dinero poco, volver a los grupos implica poder atender más personas en menos tiempo.

Por otra parte, se analiza una de las escenas silenciadas “El Piquete”, escena que a diferencia de las otras sucede en un espacio abierto y público, la plaza; se plantea un piquete individual contra el Ministerio, donde se reclama por el egreso de un paciente de un Hospital monovalente.

En esta escena una psicóloga protesta sola en la plaza, y pide la externación de un paciente, sin un equipo que acompañe estos criterios. La externación no se plantea como una decisión del equipo, sino como una decisión que depende de una instancia externa, nuevamente de mayor jerarquía.

7. B.6. EL MALESTAR INSTITUCIONAL

El malestar, el cansancio y el aburrimiento son recurrentes en las diferentes escenas. En “la cocina” los psicólogos comparten lo tedioso de su trabajo, lo difícil de lidiar con otros: los familiares de los pacientes, los padres de los niños, los demás profesionales, los directivos de las escuelas, los jefes que no pagan, el psicólogo que llega tarde.

Cinco personas en escena. Uno de ellos (X) un poco alejado toma la palabra:

A: ¿Cómo anduvieron en la semana?

B: larga...

C: ¡dale, si vas a hablar hablá!” (Grita)

“yo estoy cansada de estos espacios”

X: “y si venís dos veces en dos meses”

“Vos también faltás” le contesta

“yo llego tarde, que no es lo mismo”

“ya lo hablamos en este espacio, el respeto...”

El aspecto clínico aparece ausente y las conversaciones entre los personajes giran en torno a la queja y las molestias. El clima general es denso, aburrido. Durante el cuarto momento en el taller, esto se enunció de la

siguiente manera: “Siempre apareció la queja”; “Es como que en todas las escenas faltaba el placer de hacer uno lo que le gusta”; “Hay una escena que yo le puse el nombre de la queja de la cocina del consultorio”. “yo lo que noto es que en las escenas no hay placer por la tarea que se lleva a cabo”.

El aspecto clínico aparece ausente y las conversaciones entre los personajes giran en torno a la queja y las molestias. El clima general es denso, aburrido.

En relación al psicólogo como trabajador, este es imaginado desde la precariedad laboral, además el salario que recibe es pensado como insuficiente. Se lo enuncia como alguien que debería recibir una retribución por su trabajo, pero que está mal pago. La posibilidad de ser despedido sin fundamentaciones es inminente y caprichosa.

B: “es que llego tarde porque tengo que dejar a mi hijo en el jardín”

A: “y bueno, vas a tener que contratar una niñera”

B: “con el sueldo que me pagan, ¿Qué niñera voy a pagar?”

Mientras tanto, la que había estado aplicando las técnicas aparece en escena, escucha la discusión, se enoja y agarra el teléfono para llamar a quien había entrevistado un rato antes: “Mónica, estas contratada”.

Luego se incluye en la discusión: “chicas a ver qué pasa acá (...) porque yo soy la jefa”

B: “ella me quiere echar y si no tengo laburo yo ¡que hago!”

Jefa: “bueno, vamos a dejar en suspenso la decisión. Vos búscate otra oficina (le dice a B) y lo vamos a charlar con Mónica”.

Dos personas:

A: “¿Qué tal tus pacientes?”

B: “Bien”

A: “Yo me voy mal. Esto de la terapia individual”

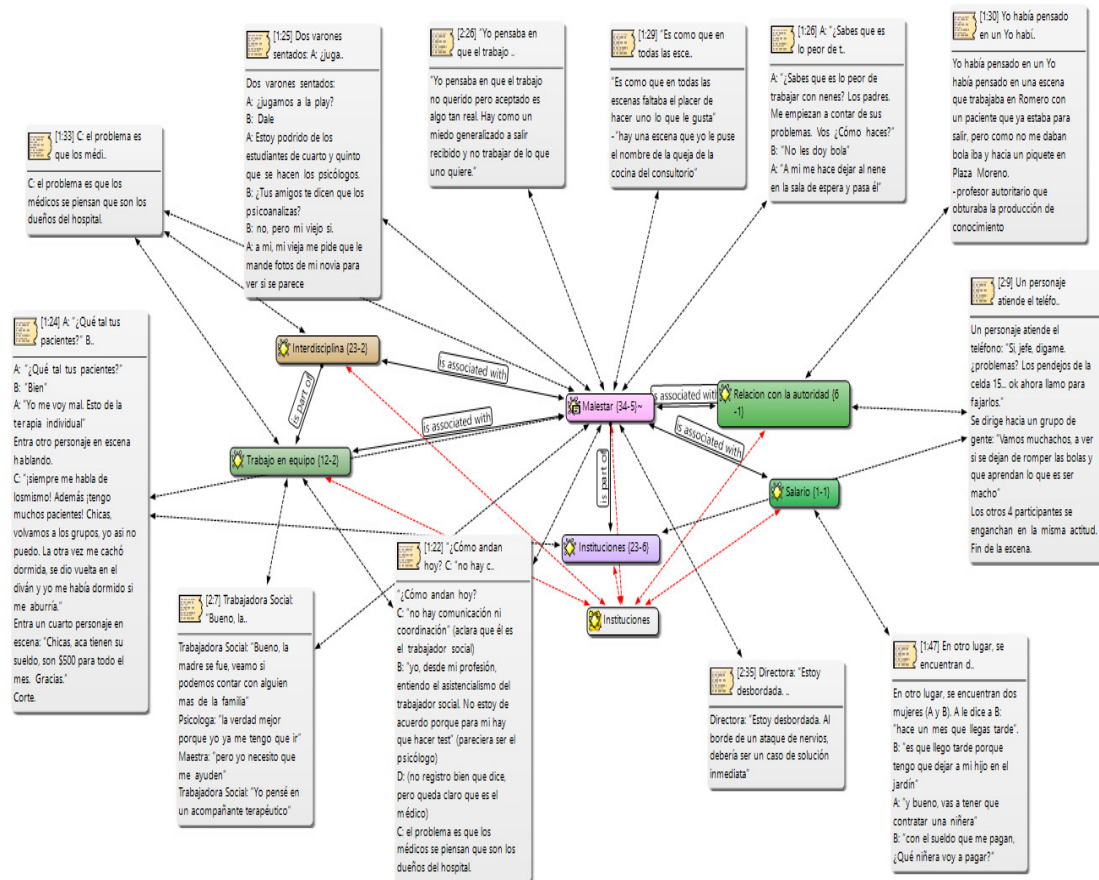
Entra otro personaje en escena hablando.

C: “¡siempre me habla de lo mismo! Además ¡tengo muchos pacientes!

Chicas, volvamos a los grupos, yo así no puedo. La otra vez me cachó dormida, se dio vuelta en el diván y yo me había dormido si me aburría.”

Entra un cuarto personaje en escena: "Chicas, acá tienen su sueldo, son \$500 para todo el mes. Gracias."

Figura 7.G Malestares presentes en escena (Cuadro elaborado en ATLAS.ti)



7.3. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

En el presente capítulo, se presentaron los resultados de dos actividades que, con modalidades diferentes, buscaban abrir visibilidad sobre el modo en que se imaginan las prácticas profesionales en los ámbitos públicos.

Se observa que, de manera similar a lo ocurrido en el capítulo seis, los objetivos planteados para las PPS, coinciden con los propósitos señalados en los diferentes documentos y bibliografía presentada, respecto a alcanzar la inclusión social de quienes se ven afectados en su salud, conmoviendo los estigmas, prejuicios y representaciones en torno al padecimiento mental, fomentar lazos sociales saludables, promover la autonomía y calidad de vida de los afectados.

Asimismo, para lograr los objetivos propuestos, entre las actividades que se proponen se incluyen la comunicación, la información a los actores comunitarios, y la capacitación. Por otra parte, se consideran estrategias de comunicación e información, como parte de actividades de promoción y prevención, que coinciden con los propósitos de APS, propuestos por distintos autores del campo de la Psicología, entre los que se destacan Zaldúa (2011), Stolkiner y Ardilla Gómez (2012), y Cohen y Natella (2013). Este aspecto coincide con una consideración universal de las PPS (Fleury, 2000), que contempla el enfoque de los Derechos Humanos (Pautassi, 2000; Abramovich y Courtis, 2002; y Abramovich, 2006).

Resulta llamativo que al interrogarse sobre las PPS en general, se asocian de manera casi espontánea Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, y las

acciones necesarias a emprender en este ámbito. Este aspecto coincide con el aumento de la consideración de los conceptos asociados a los términos considerados en las PPS actuales, y específicamente en aquellas dirigidas a la salud, como así también las indicadas en salud mental. Este hecho podría vincularse al Art. 33°, y las recomendaciones a las Unidades Académicas en relación a la adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, y el aumento de la preocupación sobre el tema (De Lellis, 2011; Cataldo, 2012; Dávila, 2015).

Las estrategias implementadas para la difusión, coinciden con las señaladas en la *salud mental en territorio* (la instalación de una mesa con información bibliográfica, folletos informativos repartidos en la vía pública, realización de encuentros y charlas grupales, contextualización e historización de las nociones de salud, salud mental y peligrosidad, trasmisión de los puntos más novedosos de las legislaciones, utilización de redes sociales para la divulgación). Resaltamos que los objetivos y actividades propuestas se realizan tanto en instituciones, como en ámbitos comunitarios o barriales, entre las que se destacan visitas y consultas domiciliarias de los equipos de salud, actividades artísticas, deportivas.

En esta línea, se fundamenta la importancia de realizar un proceso de concientización a nivel social, desde la implementación de dispositivos pedagógicos- educativos, formales y no tradicionales, y la facilitación del acceso a la información. Tener esto en cuenta implica cierta coincidencia con lo señalado por Rotelli (2014), respecto a que no es suficiente producir un cambio legislativo para que se modifiquen las prácticas y mentalidades sobre un

problema determinado, si no que es necesario intervenir sobre estos aspectos directamente.

Las acciones señaladas las realiza un equipo de trabajo interdisciplinario. Los integrantes de los equipos técnicos que se rebelan son profesionales de diferentes disciplinas vinculadas al área social y salud (abogados, trabajadores sociales, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, terapistas ocupacionales, psicólogos, sociólogos y enfermeros), este aspecto coincide con la modalidad de trabajo señalada con respecto al modo de abordaje de las PPS, y en salud (Vargas Umaña, Villegas del Carpio, *et al*, 2003; Zaldúa, 2011; Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012; del Cueto, 2016).

La metodología implementada en los talleres de multiplicación, permiten el despliegue de escenas que exceden al elemento discursivo, y ponen en evidencia ciertos afectos en torno a la política y el ámbito público, que no son enunciados de manera espontánea en las respuestas a las encuestas, o las actividades propuestas en los grupos focales. Esto es mas claro al analizar el primer momento de estos talleres, ya que en la presentación inicial se enuncian diversos lugares laborales (entre ellos: educacional, clínica, salud mental y adicciones, investigación, jurídico-forense, psicodiagnóstico, y laboral), estos son dejados de lado en las escenas presentadas, que se centran en los ámbitos educativos y en la clínica- psicoanalítica. Los espacios que en un primer momento eran representados como espacios públicos y/o comunitarios, se presentan en las escenas en espacios cerrados, en interiores similares a consultorios u oficinas. El psicólogo es imaginado desde la precariedad laboral, y percibiendo un salario insuficiente. Estos aspectos y el vínculo con una característica histórica de la profesión de psicólogo: el trabajo ad-honorem, a

cambio de práctica y experiencia (referencia), y el temor a no poder encontrar gratificación económica en el ejercicio de la profesión, que confirma los resultados que Noallies (2004,2005), presentó al respecto. En coincidencia con lo desarrollado por Chávez y Lento (2011), se subestima el trabajo en el centro de salud, o se lo captura bajo las lógicas clínico-asistenciales, reduciendo su potencia.

En algunos casos, el equipo está conformado exclusivamente por psicólogos, mientras que en otros es interdisciplinario, cuando esto sucede se es crítico respecto al trabajo que realizan los demás profesionales, esta característica se presenta como una situación de la cuál no se pueden desligar, inherente al trabajo en instituciones, pero que resulta pesada y genera malestar. Se encuentra en vinculación con lo planteado por Fernandez (1999), Pérez (2014), Ascaini, Carpio, Di Croce, (2014), respecto a las dificultades que se presentan en el trabajo interdisciplinario y las resistencias al trabajo en equipo.

Por otra parte, se analiza una de las escenas silenciadas “El Piquete”, escena que a diferencia de las otras sucede en la un espacio abierto y público, la plaza; se plantea un piquete individual contra el Ministerio, donde se reclama por el egreso de un paciente de un Hospital monovalente. En esta escena no se construyen estrategias colectivas, ni modos de intervenir que operen sobre la situación irregular, sino que se genera una situación, individual, que además es mirada desde la injusticia y la impunidad. Punto que coincide con lo señalado por Fernández & López (2008), respecto a la ausencia de acciones colectivas por parte de los estudiantes para cambiar o transformar aspectos de la realidad con la que no acuerdan, y en todo caso omitir las normas. Además,

con lo señalado por Pérez Chávez y Lento (2011) y Zaldúa (2011), en relación a la dificultad de los profesionales para percibir las contingencias de modificar lo que los aqueja, y ubicarlo en factores lejanos a sus posibilidades de acción.

Por último, el malestar, cansancio y aburrimiento recurrentes en los climas de las escenas, y en las presentaciones realizadas a partir de la técnica de multiplicación dramática, dejan ver un afecto sobre estos espacios poco idealizados. Su trabajo se torna tedioso y los vínculos que se constituyen en el mismo son de malestar y desgano. Al respecto, el clima coincide con aquel que Ulloa (2012) denomina *mortificación*, en la que se abre paso a una pasividad quejosa y ocasional infracción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo central de la investigación que dio origen a esta tesis, ha sido caracterizar el campo de las PPS en salud, su lugar en la formación de grado, y los sentidos e imaginarios de los estudiantes acerca de las prácticas del psicólogo en las mismas. La temática abordada articuló tanto acciones emprendidas en el área de salud, como aquellas dirigidas a la formación de recursos humanos para alcanzarla.

Para poder abordar los objetivos propuestos, se ha priorizado la perspectiva de la Psicología Institucional, entendida como una matriz que permite dilucidar, dentro de los materiales suministrados por diversas disciplinas, el movimiento vivo que influye en las instituciones y las hace vacilar. Un punto esencial, es el aporte acerca de la sociedad, las instituciones y sus actores, que realiza Cornelius Castoriadis. Este pensador, entiende a la sociedad como una creación imaginaria, que se atribuye a sí misma los sentidos que la definen, *auto-creación que se despliega como historia*, institución primera que moldea y fabrica a los individuos que forman parte de ella, *fragmentos ambulantes de la sociedad*, capaces de portar sus sentidos desde el consenso, pero también de transformarlos radicalmente, gracias a la capacidad creadora radical del núcleo duro de su psiquismo.

A partir de esta concepción, toda producción humana -incluso el humano mismo- es entendida como efecto de la construcción imaginaria y de los sentidos donados e interiorizados en el proceso de sociabilización.

La institución primera de la sociedad, también permite la creación del conjunto de instituciones secundarias (específicas y transhistóricas), que la sustentan, legitiman y colaboran en su perpetuación, pero también en su cuestionamiento y modificación. De esta manera, es posible entender a las PPS como construcciones estatales, e institucionales específicas, parte de las políticas públicas que contribuyen a moldear las formas de pensar, sentir y actuar en cada sociedad, producen intereses materiales, ideológicos y producción de sujetos, que expresan la modalidad que asume el Estado (Zaldúa, 2011).

Las PPS constituyen el resultado de una construcción social compleja, de negociación técnica, teórica, política e ideológica, que se articula con lógicas diversas de asistencia y protección social, cohesión y control social, derechos sociales y constitución de ciudadanía, propia del modo estatal capitalista y democrático (Fleury, 2000; Zaldúa, 2011; Danani, 2012; Agosto, 2012).

La subjetividad, implica la tirantez entre lo individual y lo social, tensión necesaria que no se reduce a ninguno de los extremos de esa lógica dicotómica, y que se produce en el *entre* del psiquismo individual y los dispositivos sociales, materiales, discursivos, simbólicos propios de cada sociedad. Al definir el alcance de las acciones estatales, se producen los sujetos que desde las mismas se definen (objeto de control, empobrecido, dependiente, autónomo, participativo, objeto de derecho o sujeto de derecho), y a la vez el consenso necesario para su legitimación y reproducción.

Las PPS entendidas como analizadores (Lourau, 2008; del Cueto, 2016), ponen en evidencia lo silenciado o no dicho de la forma estatal: la desigualdad implícita en su base, sobre la que se intenta una respuesta formal. Las PPS de

corte neoliberal, están en la base de una producción de subjetividad empobrecida: el individuo inmerso en la lógica del mercado y la competencia; como plantea Castoriadis (1997), zambullido en el *avance de la insignificancia*. Desde esta perspectiva neo-capitalista, se pierde el sentido colectivo, los vínculos que nos hacen uno con los otros, las representaciones de la sociedad como un todo se diluye, y se cambian por las significaciones del *conformismo generalizado, la expansión indefinida del dominio, y la individualidad*.

Al definir y explicar las PPS, en muchos casos se cristaliza su sentido de producción socio-histórica, y se suspenden cuestionamientos fundamentales desde los cuales la misma parte: el derecho, la ciudadanía, la democracia, el Estado moderno y un modo de distribución del capital. Se parte de la definición de Estado sin problematizarlo como un meta campo, en su juego de fuerzas de poder, como construcción socio-histórica.

No obstante, los sentidos que se transmiten desde un imaginario efectivo, implican también una cuota de transformación, de imaginación radical, capaz de cuestionar, reflexionar y alcanzar cierta autonomía. La institución es el proceso mediante el cual nacen fuerzas sociales instituyentes que, a menudo, permiten su transformación. Este proyecto de autonomía (Castoriadis, 2010), se constituye como concepto *sentido*, para pensar cualquier intervención posible en el campo de lo social: todo lo que está presente es también susceptible de modificación. Si bien la institución se *reifica*, y los intentos y la sociedad, y las instituciones se presentan como una realidad natural y a-histórica por la eficacia misma que lo instituido presenta, y el cambio o la transformación son vivenciados como tareas imposibles (Varela, 2015), siempre es posible generar un espacio de ruptura. Sin embargo, no basta con

que un aspecto parcial de la realidad se modifique, para poder promover cambios en lo imaginario, ya que los sentidos sobre la sociedad y la misma posibilidad de autonomía o heteronomía, delimitan el *cerco* de lo posible, de ser pensado e imaginado. ¿Alcanza con modificar una ley, o un Plan de Estudio, para que los sentidos inscriptos desde el Estado neoliberal, y desde las múltiples instituciones y dispositivos que le dan sustento se modifiquen? ¿Es posible generar una transformación de la realidad sin interpelar las prácticas y afectos?

Ahora bien, los resultados, discusiones y conclusiones expuestas a lo largo de este trabajo, presentan situaciones que podrían ser pensadas como contradictorias o paradójicas, pero que, sin embargo, no hacen más que ilustrar la complejidad de lo humano y su misma ambivalencia.

Entre los principales hallazgos obtenidos de las técnicas de encuesta y grupo focales, se destaca lo siguiente:

-A medida que transitan el ciclo profesional, los estudiantes expresan mayor confianza respecto a contar con las herramientas necesarias para el desempeño en el campo de las PPS. Además, los alumnos del último año responden de manera afirmativa ante la consulta sobre si consideran que los psicólogos pueden desempeñarse en cualquiera de las áreas propuestas por AUAPsi.

- Respecto a las acciones a emprender para alcanzar los objetivos propuestos, en los ámbitos donde señalan conocer más políticas y programas (niñez y adolescencia y salud mental), es donde se proponen acciones ligadas a la

prevención, información y comunicación; mientras en dónde menos políticas manifiestan reconocer (género), se focalizan en brindar una respuesta clínico-asistencial, o contención.

- Los objetivos y actividades definidos por los estudiantes involucran la necesidad de concebir de manera integral el problema, perspectiva social, inclusión, promoción y prevención de los derechos y la salud. Estos aspectos coinciden con los aspectos y objetivos para las PPS actuales que se señalan en los capítulos tres y cuatro de la presente tesis.

- Entre las actividades que se proponen se incluyen la comunicación, la información a los actores comunitarios, y la capacitación, como parte de actividades de promoción y prevención, que coinciden con los propósitos de APS.

- Se observa una superposición e indiferenciación respecto a los objetivos y las actividades necesarias para alcanzar las metas, lo que podría coincidir con una deficitaria formación en aspectos referidos a investigación, tal como sostiene Di Doménico (2008), y a la tarea del psicólogo y su preparación para la proyección o diseño de programas, planes y acciones de PPS.

- El trabajo interdisciplinario se considera indispensable para el trabajo en el ámbito público, no obstante, se encuentra ligado al malestar y la carga emocional.

- Los objetivos y población destinataria de las acciones imaginadas por los estudiantes, coincide con las definiciones de PPS de tipo focalizada y sectorial.
- Se contemplan los ámbitos comunitarios o barriales, visitas y consultas domiciliarias de los equipos de salud, actividades artísticas, deportivas y la utilizan espacios publicos.

Se observa así que el conocimiento respecto al funcionamiento, objetivos y propósitos de las PPS se presenta en un nivel discursivo como suficiente. A su vez, los estudiantes demuestran un conocimiento de los diferentes niveles de las PPS, de sus objetivos y de las prácticas que los psicólogos podría hacer para alcanzarlos. La participación en las Prácticas Profesionales Supervisadas, incluidas en las asignaturas de quinto y sexto año a partir de las modificaciones del Plan de Estudio, en el año 2012, podría constituir un factor clave en el amplio conocimiento que demuestran tener sobre el campo. Esto coincide con las referencias y contenidos que representan la concepción integral de la salud, presentados en algunos programas de las asignaturas: se contemplan en mayor medida la prevención, la comunicación, la inclusión y el trabajo con la comunidad. Los conceptos que refieren a las características actuales de las PPS en salud, se incluyen en una mayor cantidad de asignaturas en el año 2016, respecto al año 2012. Es decir, que contenidos en torno a *inclusión, salud mental, interdisciplina, comunidad, asistencia y derechos*, si bien no son contenidos hegemónicos, son considerados por diferentes asignaturas, y se presentan como términos asociados.

El grupo de estudiantes encuestados, plantea reconocer que en los últimos años se produjeron cambios en las legislaciones y las políticas públicas en las

áreas de salud mental y niñez y adolescencia, además se considera que los problemas deben ser comprendidos de manera integral y desde una perspectiva social, focalizando en la inclusión, promoción y prevención de los derechos y la salud.

Los resultados de los cuestionarios, revelan que, a medida que los estudiantes transitan el ciclo profesional, aumenta su confianza respecto a contar con las herramientas necesarias para el desempeño en el campo de las PPS; de la misma manera, los alumnos del último año responden de manera afirmativa ante la consulta sobre si consideran que los psicólogos pueden desempeñarse en cualquiera de las áreas propuestas por AUAPsi.

Si bien los estudiantes perciben a este campo, y a todas las áreas propuestas por AUAPsi, como posibles de un desempeño profesional exitoso, el interés por trabajar en el mismo disminuye a medida que avanzan en el transcurso de la carrera. Es decir, que ante el conocimiento del campo, y la percepción de contar con los recursos técnicos para desempeñarse en el mismo, el deseo por hacerlo disminuye. Al respecto, la metodología implementada en los talleres de multiplicación, permite el despliegue de escenas que exceden al elemento discursivo, y ponen en evidencia ciertos afectos en torno a la política y el ámbito público que no son enunciados de manera espontánea en las respuestas a las encuestas, o las actividades propuestas en los grupos focales.

Los sentidos desplegados en los talleres, se vinculan al malestar, el trabajo en lo público se muestra degradado en su potencia, y vacío de acciones transformadoras.

Las acciones de prevención que se señalan, no tienen en cuenta la posibilidad de advertir o reconocer indicadores de salud y enfermedad en la población, ni identificar los factores causantes ambientales, culturales y sociales que la producen para poder reducirlos, sino que se dirigen al estigma social que carga sobre el padeciente y los mecanismos de exclusión que esto acarrea. Si bien, al mejorar las condiciones de vivienda, de trabajo, educación, se promueve el acceso a los derechos (que haya escuela, u hospital no garantiza el derecho, se debe realizar una acción de apropiación de ese derecho); en las prácticas imaginadas de los estudiantes no aparece esta posibilidad, no se imagina como una intervención posible.

Sería interesante para conmovir este punto, pensar la exclusión como proceso, como lo plantea Castell. La posibilidad de intervenir sobre otros factores, que también implican decisiones políticas. Al respecto, parece existir cierta coincidencia con lo planteado por Zaldúa, respecto a las posibilidades de transformar el malestar institucional por parte de los trabajadores: se concibe el malestar como algo externo, inmodificable, menos aún por el equipo de trabajo.

Al invisibilizarse estos aspectos, se pierde de vista la potencia de la acción política, y la posibilidad de transformar los aspectos sociales que se encuentran en la base de la desigualdad. Se observa así, un deterioro del lugar atribuido a la participación para modificar realidades. A modo de ejemplo, la escena presentada en relación al vínculo con la autoridad, o la denominada *el piquete*, presentan que modificar la realidad parece ser una odisea. Es necesario esperar estar muy solos, que las autoridades se corran, para poder modificar algo de lo que perturba; es decir, se niega toda posibilidad de generar un proceso instituyente. Las jerarquías, se niegan, se actúa a espaldas de la

autoridad, y se corrompe toda posibilidad real de generar nuevos posibles. Por otro lado la baja cantidad de estudiantes que concurrieron voluntariamente a los talleres. De esta manera, la intervención y colaboración en los talleres, de una cantidad pequeña de alumnos, podría hacer visible la baja participación general, en actividades que no sean parte de la currícula obligatoria. Siguiendo a Lourau (2008), cuando la participación merma, lo que se cancela son las posibilidades de realizar acciones instituyentes, se niega a la institución misma y su dinámica. La acción *contrainstitucional* es aquella que se caracteriza por ser dinámica, y se precisa en los momentos en que lo instituyente sumerge a lo instituido. Es modo de acción que actúa en la construcción de nuevas formas experimentales. En cambio, la acción *antiinstitucional* se realiza por fuera de los marcos establecidos por la institución, por sus normas y leyes; niega lo instituido, y por lo tanto la posibilidad de realizar cambiar algo de lo establecido. Se confirma lo planteado desde el Análisis Institucional (Lourau, 2008): lo político imprime una curvatura sobre los pensamientos, sentimientos, reflexiones y sueños, y estampa su sello sobre los deseos y esperanzas de la población; curvándolas hacia una imagen omnipresente dónde da forma a las representaciones, y se instala en el imaginario. Las definiciones de políticas públicas sociales, parten de la naturalización de la existencia del Estado.

El deterioro de la participación que se observó en las escenas, tiene su correlato con la poca cantidad de estudiantes que concurrieron voluntariamente a los talleres; al respecto, cuando el analizador se encarna en un sujeto, y es éste el que hace hablar y pone de manifiesto lo oculto de la institución, nos encontramos ante lo que Lappasade y Lourau (1977), denominan *desviante*. De esta manera, la intervención y colaboración en los talleres, de una cantidad

pequeña de alumnos, podría hacer visible la baja participación general, en actividades que no sean parte de la currícula obligatoria.

Los talleres de multiplicación dramática, manifiestan sentidos que no se presentaron en el nivel discursivo. El malestar, cansancio y aburrimiento recurrentes en los climas de las escenas, y en las presentaciones realizadas a partir de la técnica de multiplicación dramática, expresan afectos sobre estos espacios poco idealizados. Su trabajo se torna tedioso y los vínculos que se constituyen en el mismo son de malestar y desgano. El clima coincide con aquél que Ulloa (2012) denomina *mortificación*, en la que se abre paso a una pasividad quejosa y ocasional infracción. Es importante resaltar, que es de esta manera como se *presenta-representa* el espacio de lo público, si bien estamos ante prácticas imaginadas, los relatos demuestran una evidente coincidencia con lo que diferentes autores señalan como los malestares propios de los espacios institucionales y públicos (Fernández, 2008; Zaldúa, 2011; Ascaini, Carpio, & Di Croce, 2014; del Cueto, 2014; Pérez, 2014). Podríamos estar aquí ante sentidos cristalizados de un afecto particular sobre lo público e institucional, que se vincula a espacios devaluados. A su vez, en las escenas se observa que los aspectos que en lo discursivo se presentaba como cierto *saber-hacer* en el campo de la política pública social, en las escenas presentadas disminuye su potencia, y se muestran prácticas estereotipadas, y dificultad para instrumentar ante la molestia que esto genera.

Por otra parte, respecto a la gran cantidad de veces que son tratados los términos *psicoanálisis* y *clínica*, o las menciones a Freud, es pertinente realizar una salvedad. No es apropiado enfrentar el psicoanálisis, a los ámbitos públicos o comunitarios, ya que de esta manera se niega su capacidad como

herramienta para la transformación social, en todo caso, cabe la pregunta acerca de qué psicoanálisis es al que se hace referencia. Al realizar una oposición tal, se invisibiliza el proyecto de psicoanálisis histórico-político- social y argentino, que tuvo un gran crecimiento hasta la última interrupción de la vida democrática en 1976. Habría aquí un punto de coincidencia con lo planteado por Carpintero y Vainer (2004), respecto a que los desaparecidos de la salud mental no fueron sólo personas, sino también teorías e ideas, en particular, entendemos que *desaparece*, o se mantiene oculto, un proyecto de psicoanálisis orientado a la democratización y la idea de la salud mental comunitaria, o la tríada psicoanálisis- salud mental- derechos humanos, propuesta por Ulloa, (2012).

La Psicología, como disciplina y profesión, se desarrolla en un campo de tensión entre las demandas que se generan sobre ella desde la sociedad, la misma formación académica y las prácticas profesionales. Al incluir la Psicología como una carrera de interés público que debe ajustarse a ciertos criterios de acreditación, o la adecuación para las carreras de Psicología que se plantea en el Plan Nacional de Salud Mental, se produce una articulación entre las nuevas cuestiones sociales, las necesidades sentidas de la población, las prácticas profesionales y aquello que los psicólogos definen como áreas de ejercicio y actividades reservadas al título.

Respecto a la hipótesis que ordeno la presente investigación: *Los contenidos referidos a Políticas Públicas Sociales en Salud, se reflejan en los programas de las asignaturas correspondientes al Ciclo Profesional de la Licenciatura en Psicología en la UNLP, y en las Significaciones Imaginarias Sociales que sostienen los estudiantes de Psicología, respecto a las prácticas profesionales*

de los psicólogos en estos ámbitos; Hallamos que no sería adecuado extender esta afirmación y realizar una correspondencia entre el conocimiento e información que se puede tener sobre el tema, y el afecto o sentido correspondiente.

A partir de esta reflexión y los resultados obtenidos en el presente trabajo, consideramos que:

-De lo discursivo y el conocimiento, no se desprende necesariamente el afecto o sentido correspondiente.

-Así como un cambio en las legislaciones no produce un cambio directo en las prácticas, tampoco aquí el conocimiento del tema implica que se modifiquen los sentidos acerca de lo público.

-Entendemos que es imposible hablar de la formación del psicólogo/a sin hacer referencia al tiempo histórico y el campo social en el que un plan de estudios se piensa y se construye. Es necesario considerar las necesidades y demandas sociales, las hegemonías disciplinares, las significaciones colectivas, acerca de la profesión, que se encuentran en el imaginario de la época, los procesos políticos y culturales.

Se abren nuevas preguntas: ¿Qué sentidos sobre las políticas públicas son transmitidos en los medios de comunicación, por las familias, los pares, docentes? ¿Es suficiente incorporar el tema a la formación para conmover los sentidos?

En relación al trabajo aquí presentado, se considera pertinente tener en cuenta las limitaciones y fortalezas del mismo. Entre las debilidades del estudio, se señala la composición de la muestra del mismo, sobre todo en lo que refiere a la cantidad de participantes en los

talleres de grupos focales, y de técnicas psicodramáticas, no obstante, en esta han participado de manera voluntaria alumnos de los diferentes años que componen el ciclo estudiado, lo que resulta representativo de la población analizada.

Otra de las dificultades que se han detectado, consiste en las complejidades para delimitar un campo amplio y diverso. El trabajo aquí emprendido implicó la toma de decisiones en el proceso de investigación, que significaron dejar a un lado la mirada y los habitus de los distintos actores que componen el campo. Estos aspectos pueden ser incluidos como posibles líneas de continuidad en el trabajo, por ejemplo en indagar en los sentidos compartidos por los docentes de la carrera, los profesionales que se desempeñan en el ámbito público, los usuarios de los servicios de salud, sus familiares, organizaciones, los medios de comunicación, entre otros.

Entre las fortalezas se destaca la triangulación metodológica, y el enfoque mixto de investigación. A partir de la utilización de diferentes técnicas, permite la presencia de nuevas dimensiones y variables a considerar que en una primera aproximación metodológica no fueron detectadas. Las encuestas semi-estructuradas y los cuestionarios administrados nos brindaron información discursiva, de las ideas que los estudiantes mantienen acerca de las PPS, las prácticas de los psicólogos en las mismas y los cambios legislativos y de paradigmas que se presentaron en los primeros años del Siglo XXI; no obstante, al ser estructuradas o semi-estructuradas, solo permiten explorar variables determinadas con anterioridad.

Si bien el criterio de saturación puede resultar un buen indicador para decidir en qué momento dejar de tomar entrevistas, o cuestionarios, esta saturación

estaría refiriendo al alcance de la técnica empleada, más que a las posibilidades a explorar. Se concibe que el conjunto de todos los datos, la recurrencia, las insistencias de sentido que se presentan, las que permiten construir un escenario más amplio, para alcanzar el objetivo de conocer los imaginarios presentes en los estudiantes respecto a las PPS. Por otra parte, los grupos focales, apoyados en las técnicas de imaginar dispositivos posibles para la atención en salud mental, y en la técnica de la multiplicación dramática, han permitido que emerjan líneas de sentido inesperadas, en este caso las categorías se han conformado a partir de lo observado en el material y las asociaciones presente en el mismo, y no con anterioridad. Esta aproximación, permitió que el material relevado superase lo discursivo, lo cual favorece una mayor comprensión del fenómeno. A partir de lo dicho o verbalizado, conocemos aquello que los participantes están dispuestos a comunicar de manera consciente; en cambio, las acciones, las prácticas, el producto del encuentro con otros permite el despliegue y la multiplicación de sentidos, muchas veces no advertidos de forma consciente. Es a partir de las líneas de fuga, los sentidos colectivos, las significaciones imaginarias sociales, que nos acercamos a los afectos, sentires, valores, pensamientos, muchas veces no advertidos por los mismos sujetos.

Este trabajo de investigación, ha proporcionado un material suficiente para la elaboración de algunas prácticas institucionales posibles y recomendaciones para la implementación de dispositivos institucionales y de transmisión, para el ejercicio profesional del psicólogo en el campo de las PPS, en consonancia con el paradigma de los Derechos Humanos.

Para finalizar, se podría afirmar que estamos ante un momento bisagra en lo que respecta a la formación del psicólogo, ya que si bien, como se observó en el análisis de los programas, la introducción de las nociones de salud, salud mental, articuladas a las nociones de inclusión, comunidad, prevención y participación, implican un principio de apertura hacia un cambio de paradigma, que podría implicar un cambio en relación a las hegemonías de las teorías únicas. Conviven diferentes perspectivas y propuestas.

REFERENCIAS

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la Cepal*, 88, 35-50.

Abramovich, V. & Courtis, C. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.

Acuña, C. & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*.

Documento 60. Recuperado de:
<http://faculty.udesar.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt77.pdf>

Acuña, H.C; Kessler, G; & Repetto, F. (2002). *Evolución de la política social Argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer política social*. Buenos Aires: CLASPO Center for Latin American Social Policy. The University of Texas at Austin.

Agosto, G. (2012). Políticas sociales y territorio: una mirada desde el proceso de descentralización. *GIGAPP Estudios/Working Papers*, 12. Recuperado de:
<http://www.ortegaygasset.edu/admin/descargas/contenidos/WP-2012-12.pdf>

Aguilo, J.C. (2005). *Políticas sociales en Argentina: de la Sociedad de Beneficencia a la focalización compulsiva*. Recuperado de:
<http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/vrp/aguilo.pdf>

Aisenson, D; Monedero, F; Batlle, S; Legaspi, L; Aisenson, G; Vidondo, M; Nicotra, D; Valenzuela, V; Davinson, S; & Alonso, D. (2005). Representaciones de estudiantes y graduados recientes sobre la carrera

y la profesión del psicólogo. *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología*, 12, 35-42.

Alarcón, R. (2004). Medio siglo de psicología latinoamericana: una visión de conjunto. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 307-316.

Alfaro, J. (2012). Posibilidades y tensiones en la relación entre Psicología Comunitaria y políticas sociales. En Alfaro, J; Sánchez, A. & Zambrano, A. (Comps.), *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales* (pp. 45-75). Buenos Aires: Paidós.

Alfaro, J; Sánchez A; & Zambrano, A. (Comps.). (2012). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Alonso, M. & Klinar, D. (noviembre, 2013). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento Cuantitativo 2012. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XX Jornada de Investigación. IX Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR*. Presentación Llevada a cabo en la Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires, Argentina.

Alonso, M. & Nicenboim, E. (1999). Comentario y cronología de la psicología en las Américas. En Alonso, M. & Eagly, A. (Eds.), *Psicología en las Américas* (pp. 383-388). Caracas: SIP.

Antman, J. (2001). Representaciones Sociales acerca del quehacer Profesional del Psicólogo: el caso de las Concurrencias de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dpto. IV, Ciclo Básico Común,

Universidad de Buenos Aires. Proyecto de Investigación Completo presentado para la Beca Maestría UBACYT.

Antman, J. (2003). Formación, historia e inserción profesional adhonorem del psicólogo: las concurrencias de salud mental de la ciudad de Buenos Aires, En *Realidad actual un desafío para la Psicología*. Ponencia llevada a cabo en el XI Congreso Argentino de Psicología. San Juan, Argentina.

Aranda, V. (2011). Reflexión y análisis de políticas y prácticas innovadoras a la luz de las representaciones sociales y de la necesidad de una educación intercultural en la formación inicial docente. *Estudios pedagógicos*, 37(2), 301-314.

Ardila, R. (1978). El entrenamiento de los psicólogos latinoamericanos: análisis de los problemas y una propuesta de solución. En: Ardila, R. (Comp.), *La profesión del psicólogo* (pp. 19-29). México: Trillas.

Ardila, R. (1986). *La psicología en América Latina: pasado, presente y futuro*. México: Siglo XXI.

Ardila, R. (2004). La psicología latinoamericana: el primer medio siglo. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 317-323.

Arroyo, G. & Cerqueira, M. (1997). *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un análisis sectorial*. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

- Ascaïni, I; Carpio, V. & Di Croce, J. (2014). Cuando se trata de ser dios. En Pérez, E.A. (Coord.), *Psicología Institucional* (pp. 29-34). La Plata: Edulp.
- Aulagnier, P. & Castoriadis, C. (2007). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrurtu. [1977] [1ra ed. 7reimp]
- Ayres, J. R. (1995). *Epidemiología e emancipação*. Sao Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO.
- Balzarini M.G; Gonzalez L; Tablada M; Casanoves F; Di Rienzo J.A; & Robledo C.W. (2008). *Infostat. Manual del Usuario*. Córdoba: Brujas.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectiva. Individuo y sociedad*, 13(2),109-120.
- Barbour, R. & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research*. London: Sage
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Barletta, A.M. (2000). *Universidad y política. La "Peronización" de los universitarios. Elementos para rastrear la constitución de una política universitaria peronista. 1966-1973*. San Francisco: Latin American Studies Association. Recuperado de: <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Barletta.PDF>

- Bassok, O. (2012). How to investigate the Social Imaginary. *Jerusalem Review of Legal Studies*, 5(1), 2-11.
- Bauleo, A; Bleger, J; Caparrós, A; Kesselman, H; Rozitchner, L, & Pichón Riviére, E. (1969). *Cuadernos de Psicología concreta 1(1)*. Buenos Aires: Cuadernos de Psicología Concreta.
- Baz, M. (2008). Territorios de la formación. En del Cueto, A. (Comp.), *Diagramas de Psicodrama y Grupos. Cuadernos de Bitácora II* (pp. 175-188). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Benatuil, D. & Laurito, J. (2009). El perfil laboral y educativo de los jóvenes psicólogos. *SUMMA Psicológica*, 6(2), 55-68.
- Benito, E. (2009). La formación en Psicología: revisión y perspectivas. *Psiencia. Revista de Psicología para estudiantes y jóvenes graduados*, 1(2), 3-10.
- Bertolotto, M.I. & Clemente, A. (2004). *Espacios multiactorales y Políticas Públicas. De la experiencia a la conceptualización*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Barcelona: Paidós.
- Bleger, J. (1971). El grupo como institución y el grupo en las instituciones. En Kaes, R; Bleger, J; Enriquez, E; Fornari, F; Fustier, P; Roussillon, R. & Vidal, J.P. *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.

- Bleichmar, S. (2005). *La Subjetividad en Riesgo*. Buenos Aires: Topía.
- Bloor, M; Frankland, J; Thomas, M. & Robson, K. (2002). *Focus group in social research*. London: Sage.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2014). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Original de 1992).
- Bragoni, B. & Míguez, E. (2010). (Coord.). *Un nuevo orden político. Provincias y Estado nacional, 1852-1880*. Buenos Aires: Biblos.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2(1), 53-82.
- Calabresi, C. & Polanco, F. (2011). La Psicología y su enseñanza en Argentina. Entrevista con Hugo Klappenbach. *Universitas Psychologica*, 10(2), 613-626.
- Caletti Garciadiego, B. (2008). Apuntes sobre la nueva historia política y el desmantelamiento del fenómeno caudillista. *Anuario del Centro de Estudios Histórico Prof. Carlos S.A. Segreti*, 8(8), 201-221.
- Calo, O. & Hermosilla, A. (Comp.). (2000). *Psicología, ética y profesión: aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*. Mar de Plata: UNMdP
- Carballeda, A.J.M. (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.

- Carpintero, E. & Vainer, A. (2004). *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*. Tomo I: 1957-1969. Buenos Aires: Topía.
- Carrillo, R. (1949). *Política Sanitaria Argentina*. Buenos Aires: Departamento de Talleres Gráficos, Ministerio de Salud Pública de la Nación. (Ejemplar consultado en Biblioteca del Congreso de la Nación).
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En: Wright Mills, C; Foucault, M; Pollak, P; Marcuse, H; Habermas, J. & Elias, N, *Materiales de sociología crítica*. Buenos Aires: La Piqueta.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Crónica de un asalariado*. Barcelona: Paidós.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Castoriadis, C. (2004). *Sujeto y verdad. En el mundo histórico- social. Seminarios 1986-1987*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica Argentina.
- Castoriadis, C. (2005). *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto* [4ed] (pp. 149-177). Barcelona: Gedisa. (Original de 1986).
- Castoriadis, C. (2006). *Figuras de lo pensable*. México: Fondo de Cultura Económica. (Original de 1999).

- Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets. (Original de 1975).
- Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental: su implementación en Mar del Plata. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 9, 582-589.
- Catenazzi, A.C. (diciembre, 2011). El territorio como entrada a los proyectos integrales. Ponencia presentada en el marco del Seminario-Taller Gestión municipal y proyectos integrales, organizado por el Programa de Mejora de la Gestión Municipal (PMGM) del Ministerio del Interior, llevado a cabo en la Ciudad Autónoma Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.gobiernolocal.gob.ar/?q=node/2669>
- Cegarra, J. (2012). Fundamentos teóricos epistemológicos de los imaginarios sociales. *Cinta de Moebio*, 43, 1-13.
- Cenzano Dragún, M. & Vidal, I. (2014). Análisis de la implicación para la construcción de un rol saludable en los trabajadores de la salud. En Pérez, E.A. (Coord.), *Psicología Institucional* (pp. 35-43). La Plata: Edulp.
- Chairo, L. (2016). *Una aproximación al concepto de institución*. Ficha de Cátedra. Psicología Institucional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata. La Plata (Inédito).
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27, 173-182.

- Coeli Simões Pires, M. (2008). Políticas públicas e psicología. Una nove relação sob o paradigma democrático. *Perspectivas em políticas públicas*, 1(1), 133-156.
- Cohen, H. & Natela, G. (Coord.) (2007). *Trabajar en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cohen, H. & Natela, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Colombo, E. (1989). *El imaginario social*. Montevideo: Nordan Comunidad.
- Consoli, A. (2012). Psychology in Latin América: Legacies and Contributions- Part 1. *International Psychology Bulletin*, 16(3): 71-74.
- Coraggio, J.L. (1999). *Política social y economía del trabajo. Alternativas a la política neoliberal para la ciudad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Courel, R; & Talak, A. M. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina. En Toro, J.P. y Villegas J. F. (eds). *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del Psicólogo en las Américas*. (Vol I) Sociedad Interamericana de Psicología (pp. 21-85). Buenos Aires: JVE Editores.
- D'Agostino, A. (2015). Salud mental. ¿Un contenido presente en la formación de grado? Un estudio en la Facultad de Psicología. *Perspectivas en Psicología*, 12: 15-25.
- Dagfal, A. (2009). *Entre Paris y Buenos Aires. La invención del psicólogo. (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.

- Dagfal, A. (2012). Historias de la Psicología en la Argentina (1890- 1966). Entre ciencia natural y disciplina del sentido. *Revista Ciencia hoy*, 21(126), 21-25.
- Dagfal, A. (2014). Breve historia de la psicología en la ciudad de La Plata (1906-1966). *UniversitasPsychologica*, 13(5) ,1759-1775.
- Danani, C. (2009). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. En Chiara, M. y di Virgilio, M. (Org.), *Gestión de la política social: Conceptos y herramientas* (pp.25-51). Buenos Aires: Prometeo Editorial de la Universidad Nacional General Sarmiento.
- Danani, C. (2012). Procesos de reformas y configuración de un nuevo régimen de política social: el trabajo, la seguridad social y los planes sociales en Argentina. La otra década de reformas de las políticas sociales y laborales. Argentina, 2002-2010. *Revista de ciencias sociales*, 135-136(número especial), 59-72.
- Dávila A. (2015). Construcción social de la subjetividad: interpelación de teorías y prácticas en Salud Mental. En: *Los rostros actuales del malestar*. Ponencia llevada a cabo en el I Congreso Latinoamericano de Salud Mental, Salta, Argentina.
- Dawney, L. (2011). Social imaginaries and therapeutic self-work: The ethics of the embodied imagination. *Sociological Review*, 59(3), 535-552.
- De La Cruz, S. (2013). Formación y capacitación del psicólogo: articulación con el ejercicio profesional. *Integración académica en Psicología*, 1(1),61-56.

- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y Políticas Públicas Saludables. *Psiciencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 2(2), 197- 216.
- De Lellis, M. (2011). A propósito de la ley nacional de salud mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación de psicólogos. *Revista Diálogos*, 2(2), 7-24.
- De Sousa Miyano, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Del Cueto, A.M. (2014). *La salud Mental Comunitaria. Vivir, pensar, desear*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Del Cueto, A.M. (2016). Intervención Institucional en un organismo gubernamental que deviene y se entrelaza en una intervención comunitaria. *Pensando juntos cómo pensamos: Un análisis de las prácticas instituidas*, 5, 126-132.
- Del Valle, A. H. (2010). Comparando regímenes de bienestar en América Latina. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 88: 61-76.
- Deleuze, G. & Foucault, M. (1992). Los intelectuales y el poder. En Foucault, M. *Microfísica del poder* [3er ed] (pp: 78-88). Madrid: La piqueta.
- Demarche, M. F. (2004). Descentralización hospitalaria: Logros y desencantos de una política social. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Recuperado

de:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.618/te.618.pdf>

Di Doménico, C. & Piacente, T. (2003). *Acreditación de Carreras de Psicología en Argentina*. Estado actual y perspectivas. En Marassi, J.P; Toro, Villegas, J.F. (Eds.), *Problemas centrales para la formación de los psicólogos en las Américas* (Vol. 3, pp. 31-57). Santiago de Chile: Sociedad Interamericana de Psicología.

Di Doménico, C. & Piacente, T. (2011). Acreditación en Psicología en el Cono Sur de América. *Psicolatina*, 22,1-18.

Di Doménico, M.C. (agosto, 2007). La formación del psicólogo en argentina. El debate actual y su prospectiva. En: *El Compromiso público de la Psicología, hoy*. Ponencia llevada a cabo en el XII Congreso Argentino de Psicología, Federación de Psicólogos de la República Argentina. San Luis, Argentina.

Di Doménico, M.C. (2008). Formación de Psicólogos. Documentos Comparados (Argentina- Mercosur). *La Psicología en Argentina- Boletín SIP- Argentina*, 3(9),65-80.

Di Doménico, M.C. & Vilanova, A. (Comp.). (1999). *Formación de Psicólogos en el Mercosur*. Mar del Plata: UNMdP.

Di Rienzo J.A., Casanoves F., Balzarini M.G., Gonzalez L., Tablada M., Robledo C.W. (2015). InfoStat versión 2015. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL <http://www.infostat.com.ar>

Díaz-Guerrero, R. (2004). 50 años de psicología interamericana: una visión desde México. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2), 333-342.

- Dip, N. A. (2012). Peronismo y Universidad en los años sesenta. Una aproximación a las tramas discursivas y organizativas del proceso de peronización de los sectores estudiantiles y docentes de la Universidad de Buenos Aires (1966-1973). *Cuestiones de Sociología*, 8, 261-284.
- Domínguez Gutiérrez, S. (2013). Campos de significación de la actividad científica en estudiantes universitarios. *Perfiles Educativos*, 25(140), 28-47.
- Dubcousky, S. (1973). Centro de docencia e investigación de la coordinadora de trabajadores en salud mental. *Revista de Psicología*, 6, 133-135.
- Elliott, A. (2002). The social imaginary: a critical assessment of Castoriadis's psychoanalytic social theory. *American Imago*, 59 (2), 141-170.
- Esping Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de bienestar*. Barcelona: Ariel.
- Falcone, R. (1997). Historia de una ley. En Rossi, L.A. *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas* (pp.65-78). Buenos Aires: Eudeba.
- Fernández, A. M. (1988). *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A.M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández, A.M. (Comp.). (2008). *Instituciones Estalladas* [1ra ed. 4ta reimp]. Buenos Aires: Eudeba.

- Fernández, A.M. (2011). Política y subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas [2da ed.]. Buenos Aires: Biblios.
- Fernández, A.M. (2013). Los cuerpos del deseo: potencias y acciones colectivas, *Nómaditas*, 38, 13-29.
- Fernández, A.M. & López, M. (2008). Imaginarios estudiantiles y producción de subjetividad. En Fernández, A.M. *Instituciones Estalladas* (pp.227-264) [1ra ed. 4ta reimp]. Buenos Aires: Eudeba.
- Fernández, A.M; López, M; Borakievich, S; Ojám, E. (2011). De los imaginarios y prácticas sociales a las lógicas colectivas. 15 años de investigaciones de la cátedra I de Teoría y Técnica de Grupos, Facultad de Psicología, UBA. *Anuario XVIII de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, Argentina*, 18, 249-259.
- Fernández, A.M; López, M; Bozzolo, R; Ojám, E; Imaz, X. (2002). Algunas transformaciones en las significaciones sociales. Un estudio en la Facultad de Psicología, UBA. *Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo*, 25(1) ,171-208.
- Fernández, A.M; López, M; Ojám, E; Imaz, X. (2004). Los imaginarios sociales. Del concepto a la investigación de campo. *Convergencias, Tramas UAM-X*, 22,145-179.
- Ferrero, A. & Andrade, E. (2007). Propuestas vigentes para la formación ético-deontológica en carreras de psicología en el contexto del Mercosur. El caso argentino. *Fundamentos en Humanidades*, 7(1),163-178.

- Ferullo de Parajón, A. (2006). Una aproximación al tema de la participación desde la psicología. *El triángulo de las tres P* (pp. 29-51). Buenos Aires: Paidós, Tramas sociales.
- Fleury, S. (2000). *Políticas sociales y ciudadanía*. Banco interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta. (Original de 1979).
- Foucault, M. (2000). *Defender la Sociedad*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. Argentina. (Original de 1976).
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica. (Original de 2003).
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Original de 2004).
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI editores [2da ed. 1reimp].
- Franco, Y. (2003). *Magma. Cornelius Castoriadis: psicoanálisis, política, filosofía*. Buenos Aires: Biblos.
- Frega, A. (2002). Caudillos y montoneras en la revolución radical artiguista. *Andes*, 13: 75-111.

- Galende, E. (mayo, 1989). Modernidad y modelos de asistencia en salud mental Argentina. *II Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, Argentina.
- Galende, E. (1990). Constitución de las políticas en Salud Mental. *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* (pp. 185-216). Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2014). Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. *Salud Colectiva*, 10(2),265-278.
- Gallegos, M. & Berra, M. (2012). La psicología en Argentina: 25 años de la Facultad de Psicología (UNR). *Cuadernos Sociales*, 12,123-152.
- Gallegos, M. (2008). La formación académica y profesional del psicólogo en América Latina: aportes para un debate desde los indicadores curriculares en Argentina. Ponencia llevada a cabo en el VI Congreso Iberoamericano de Psicología. Lima, Perú.
- Gallegos, M. (2009). Movimiento y participación estudiantil en la psicología latinoamericana: consideraciones históricas y futuras perspectivas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1) ,33-60.
- Gallegos, M. (2010). La Primera Conferencia Latinoamericana Sobre Entrenamiento en Psicología (1974): El Modelo Latinoamericano y su Significación Histórica. *Psicología ciência e profissão*, 30(4) ,792-809.
- Gallegos, M. (2012). El Primer Congreso Interamericano de Psicología (1953): su acontecer histórico. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(1),21-34.

- García Guzmán, M. (2014). Derecho a la seguridad social. *Estudios políticos (México)*, 32, 83-113.
- García Linera, A. (abril, 2010). La construcción del Estado. Conferencia Magistral presentada en Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://cidac.filo.uba.ar/conferencia-magistral-de-%C3%A1lvaro-garc%C3%AD-linera-%E2%80%99la-construcci%C3%B3n-del-estado%E2%80%99-facultad-de-derecho-uba-9>
- García Méndez, E. & Vitale, G.M.A (comps.) (2009). *Infancia y Democracia en la Provincia de Buenos Aires. Comentario crítico sobre las leyes 13.298 y 13.634*. Buenos Aires: Fundación Sur Argentina, Editores del Puerto.
- García, L. (2009). La disciplina que no es: los déficit en la formación del psicólogo argentino. *Psiencia*, 1(2),12-23.
- Gavilán, M. & Villalba, A. (2007). *La psicología en el campo de la prevención*. La Plata: De la campana.
- Gherardi, N. & Zibecchi, C. (2011). El derecho al cuidado: ¿Una nueva cuestión social ante los tribunales de justicia de Argentina? *Revista política*,49(1), 107-138.
- Gilabert, A. (1992). *El manicomio ¿Una institución para los locos?* Buenos Aires: Cinco.
- Greenacre, M.J. & Blasius, J. (2006). *Multiple correspondence analysis and related methods*. Chapman & Hall/CRC.

- Grimson, W.R. (1972). *Sociedad de locos. Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión. Colección Psicología Galerna.
- Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Legasa.
- Halperin Weisbrud, L; Labiaguerre, J.A; Delpech, C; González, M; Horen, B; Villadeamigo, J; Siffredi, L. & Muller, G. (2008). Políticas sociales en la Argentina. Entre la ciudadanía plena y el asistencialismo focalizado en la contención del pauperismo. *Cuadernos Nro. 10. Centro de Estudios sobre Población, empleo y desarrollo*. Argentina: Facultad de Ciencias Económicas de la UBA.
- Hennink, M. M. (2007). *International focus group research: A handbook for the health and social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hermosilla, A. (2000). Psicología y Mercosur: la dimensión ética de la integración y antecedentes del debate en Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, 1(2),63-76.
- Hermosilla, A.M. & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657 y formación de psicólogos en UNMDP. Ponencia presentada en: V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista L.P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill [4ta ed].

- Herrera Gómez, M. & Castón Boyer, P. (2003). *Las Políticas Sociales en las sociedades complejas*. Barcelona: Ariel.
- Hornstein, L. (2003) *Prólogo*. En Yago, F. *Magma. Cornelius Castoriadis: psicoanálisis, política, filosofía* (pp. 11-20). Buenos Aires: Biblos.
- Huertas, F. (1996). *El método PES. Planificación Estratégica Situacional. Entrevista a Carlos Matus*. Caracas: Fondo Editorial Altadir.
- Ierace, V. (2013). El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización. *Epidemiología y Salud*, 1(4),31-4.
- Iglesias, E.V. (2006). El papel del Estado y los paradigmas económicos en América Latina. *Revista de la Cepal*, 90,7-15.
- Jaime, F.M; Doufour, G; Alessandro, M. & Amaya, P. (2013). *Introducción al análisis de políticas públicas*. Florencio Varela: Universidad Nacional Jaureche.
- Jaramillo Echeverri, L.G. & Murcia Peña, N. (2005).Imaginaris del joven colombiano ante la clase de educación física. *Revista Digital*, 10(83):1.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302.
- Klappenbach, H. (2000). El título profesional del psicólogo en Argentina. Antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz*, 32(003), 419-446.
- Klappenbach, H. (2003). La globalización y la enseñanza de la psicología en Argentina. *Psicología em Estudo. Maringá*, 8(2), 3-18.

- Klappenbach, H. (2012). Informe sobre formación universitaria en Psicología en Argentina. 1961-1975. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(1), 181-192.
- Klappenbach, H. & Arrigoni, F. (2011). Revista Argentina de Psicología. 1969-2002. Estudio bibliométrico. *Revista Argentina de Psicología*, 50, 44-94.
- Klappenbach, H. & Pavesi, P. (1994). Una historia de la psicología en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26, 445-482.
- Kornblit, A. L. (2007). *Metodología cualitativa en ciencias sociales. Modelos y procedimientos*. Buenos Aires: Biblos.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- L'Hoste. (2002). Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea. *Seducción, dominio y poder. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 1, 211-218.
- Ladino Tapia, M; & Marinkovich, J. (2013). Representaciones sociales sobre la escritura de tesis en dos carreras del área de humanidades: Periodismo y Trabajo Social. *Rbla, Belo Horizonte*, 13(1) ,145-169.
- Lahera Parada, E. (2004a). *Política y políticas públicas. División de desarrollo social*. Cepal n° 95. Chile: Naciones Unidas.
- Lahera Parada, E. (2004b). *Introducción a las políticas públicas* [1era ed. 2da reimpr]. Chile: Fondo de Cultura Económica.

- Langdridge, D. (2006). Ideology and utopia: Social psychology and the social imaginary of Paul Ricoeur. *Theory and Psychology*, 16(5), 641-659.
- Lemus, J. (2001). El programa de A.P.S. en la Argentina. En Torres, R. (Ed.), *Atención primaria de la Salud Nuevas dimensiones* (pp.12-24). Buenos Aires: Ediciones ISalud N°3.
- Lourau, R. (1981). *El Análisis Institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lourau, R. (noviembre, 1991). *Implicación y sobreimplicación*. En *El espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales*. Ponencia presentada por el Espacio Institucional, Buenos Aires. Recuperado de: <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/ri%20iys.pdf>
- Lourau, R. (2008). *El Estado inconciente*. La Plata: Terramar. (Original de 1980).
- Lourau, R. & Lapassade, G. (1977). *Claves de la Sociología*. Barcelona: Laia.
- Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo* [3ra ed]. México: Universidad Iberoamericana.
- Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: the social and political Functions of risk discourse in public health. *International journal of health services*, 23(3),425-435.
- Narvaja de Arnoux, E. Di Stefano, M. & Pereira, C. (2004). *La lectura y la escritura en la Universidad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Marradi, A; Archenti, N; & Piovani, J. (2007). *Metodología de la investigación social*. Buenos Aires: Emecé.

- Marshall, T. H. (1975). *Social Policy in the Twentieth Century*, London: Hutchinson Great Britain.
- Martínez Posada, J; & Muñoz Gaviria. (2008). Aproximación teórico-metodológica al imaginario social y las representaciones colectivas. *Universitas humanística*, 67, 207-221.
- Martínez Sierra, G. (2011). Representaciones sociales que poseen estudiantes de nivel medio superior acerca del aprendizaje y enseñanza de las Matemáticas. *Perfiles Educativos*, 33(132), 90-109.
- Martino Bermúdez, M. & Vecinday Garrido, L. (2011). Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individualización, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales. *Tendencias y retos*, 16, 33-42.
- Más, F. (2010). Formación en psicología para el ejercicio profesional en salud pública. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 2(2), 89-94.
- Matus, C. (2015). *Método Altadir de Planificación Popular*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. California: Sage Publication
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrx*, 51:17-22.
- Mitjavila, M. (2002). O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social; Rev Sociol. USP, S.Paulo*, 14(2),129-145.
- Mitjavila, M.R & Silva de Jesus, C. (2004). Globalização, modernidade e individualizacao social. *Revista Katálisis*, 7(1), 69-79.

- Moffatt, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular*. Buenos Aires: Librería Ecro.
- Montagut, T. (2004). *Política Social. Una Introducción* [2da ed]. Madrid: Ariel Sociología.
- Moya, L. A. & Di Doménico, C. (2012). Análisis de la formación básica de carreras de psicología de universidades públicas: un estudio comparativo. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Moya, L. A; Di Doménico, C. & Castañeiras, C. (2009). Opiniones de estudiantes de Psicología respecto a contenidos formativos. Ponencia presentada en el II Congreso de Psicología, Facultad de Psicología, UNLP. La Plata.
- Moya, L.A. & Di Doménico, C. (abril, 2012b). Formación de psicólogos en Argentina. Estudio Bibliométrico. Ponencia presentada en el Congreso ULAPSI. Montevideo, Uruguay.
- Murcia Peña, N., & Jaramillo Echeverry, I. G. (2000). Diseño metodológico de investigación etnográfica desde el principio de la complementariedad. Una propuesta a partir del trabajo reflexivo. Ponencia presentada en el III Encuentro Deporte y Ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

- Murcia- Peña, N; Pintos de Cea Naharro, J.L; & Ospina-Serna, H.F. (2009).
Función versus institución: imaginarios de profesores y estudiantes
universitarios. *Educación y Educadores*, 12(1) ,63-91.
- Noailles, G. (2005). La representación de los psicólogos egresados de la UBA
acerca su práctica profesional. *Anuario de Investigaciones de la Facultad
de Psicología*, 12:87-95.
- Orloff, A. S. (2003). *Social Provision and Regulation: Theories of States, Social
Policies and Modernity*. Working Paper Series. WP-04-07 Institute for
Policy Research Northwestern University.
- Ortegón, E; Pacheco, J.F; Prieto, A. (2015). *Metodología del marco lógico para
la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*
[2da reimp.] Santiago de Chile: CEPAL.
- Oszlak, O. (1999). Lineamientos conceptuales e históricos. *La formación del
Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional* (pp. 15-43).
Buenos Aires: Planeta.
- Parsons, W. (2008). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y práctica
del análisis de políticas públicas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Pautassi, L. (2000). Igualdad de Derechos y desigualdad de
oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en
América Latina. En Herrera, G. *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones
sobre Feminismo y Derecho* (pp 65-90). Quito: FLACSO-CONAMU.
- Pautassi, L. (2010). *El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales.
Una breve revisión*. Taller de expertos. Protección social, pobreza y
enfoque de derechos: vínculos y tensiones. ONU, Cepal. Recuperado
de:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6196/S2013437_es.pdf.txt

Pavlovsky, E. & Kesselman, H. (1989). *La multiplicación dramática*. Buenos Aires: Ayllu.

Penna, F; De Andrea, N; & Ballari, B. (2008). La formación en psicología desde las políticas del Mercosur. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 6(17),1-5.

Pérez, E. (2003). *El Psicoanálisis en el hospital público*. Ponencia presentada en las Jornadas de Salud Mental, panel central. Necochea, Argentina.

Pérez, E. A. (2005). *Las instituciones y las producciones subjetivas en tiempos de crisis de sentido*. Ponencia presentada en XXX Congreso Interamericano de Psicología. Buenos Aires, Argentina

Pérez, E.A. (2008). Instituciones totales y producciones subjetivas. En: Del Cueto, A. (Comp.), *Diagramas de psicodrama y grupos* (pp. 147-153). Buenos Aires: Ediciones Madres Plaza de Mayo.

Pérez, E.A. (Comp.). (2014). *Psicología Institucional*. La Plata: EDULP.

Pérez, E.A. (2015). Ejercicio de derechos y producciones de subjetividad, Un estudio en redes intersectoriales en instituciones de La Plata y Gran La Plata (2016-2018). Proyecto I+D. Acreditado por la Secretaria de Ciencia y técnica, UNLP. Res. N°218/16

Pérez, E.A. (2016). *Psicología Institucional II*. La Plata: edulp. (en prensa)

- Pérez Campos, G. (2003). La representación social y la ontología del mundo social: el aporte de otra significación para el diálogo. En Castorina, J.A. (Comp.), *Representaciones sociales* (pp. 190-205) Buenos Aires: Gedisa.
- Pérez Chávez, K. & Lenta, M. (2011). Trabajo, praxis y salud. En: Zaldúa, G. (Coord.), *Episteme y prácticas de Psicología Preventiva* (pp.81-112). Buenos Aires: Eudeba.
- Pérez. E, A; Veloz, J; D'Agostino, A.M.E; Salum, J; Lavarello, M.L; Orleans, C; Moratti Serrichio, F; Chairó, L; Oñativia, X; Catani, J.P. (2016). Desafíos en la construcción de la psicología como profesión. El más allá de la academia. *Temas en Psicología*, 1,15-34.
- Pérgola F. (2009). Ramón Carrillo, el legado de un gigante. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(1),44-45.
- Piacente, T. (1998). Psicoanálisis y formación académica en psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 44(3), 278-284.
- Piacente, T; Compagnucci, E; Schwartz, L; & Talou, C. (2000). *Aportes para un nuevo currículum en Psicología en la Universidad Nacional de La Plata*. La Plata: Edición del Departamento de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación- Universidad Nacional de La Plata.
- Pichón-Riviere, E: (1978) *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión [4ta ed.]

- Pichón- Riviere, E; Bleger, J; Liberman, D; & Rolla, E. (1960). Técnica de los grupos operativos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 6. Reeditado en 1975 en *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I*. Buenos Aires: Nueva Visión [4ta ed. 1978].
- Pimienta, J.P. (2011). El mito de los orígenes en las historiografías argentina, uruguaya y brasileña: nación y territorio. *Estado y Nación hacia el final de los imperios ibéricos. Río de la Plata y Brasil, 1808-1828* (pp.31-55). Buenos Aires: Sudamericana.
- Pintos, J.L. (2004). Inclusión- exclusión. Los imaginarios sociales de un proceso de construcción social. *Semana, Ciências Sociais e Humanidades*, 16, 17-52.
- Piña Osorio, J.M; & Cuevas Cajiga, Y. (2004).La teoría de las representaciones sociales. Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, 26(106) ,102-124.
- Poirier, N. (2006). *Castoriadis. El imaginario radical*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Puchta, C. & Potter, J. (2004). *Focus Groups Practice*. London: Sage.
- Ressia, I. & Sánchez, M. (2015). Una aproximación a las concepciones de salud mental en profesionales de la salud en la ciudad de San Luis. Ponencia presentada en el *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Restrepo, H.E. (2002). Conceptos y definiciones. En Restrepo, H.E. & Málaga, H. (Comps.). *Promoción de la salud. Cómo construir una vida saludable* (pp.24-32). Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Restrepo, H.E. & Málaga, H. (2002). *Promoción de la salud. Cómo construir una vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Roemer M.I. (1990). *National Health Systems of the World*. Oxford: Oxford University Press.
- Rofman, A. (noviembre, 2007). Participación de la sociedad civil en políticas públicas: una tipología de mecanismos institucionales participativos. Ponencia presentada en VI Conferencia regional de ISTR para América Latina y el Caribe. Salvador de Bahia, Brasil.
- Rojas Tejeda, A; Fernández Prado, J.S. & Pérez Meléndez, C. (1998). *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis.
- Rosanvallon, P. (2007). *La nueva cuestión social. Repensar el Estado de providencia* [1era ed. 4ta reimp]. Buenos Aires: Manantial. (Original de 1995).
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los Sistemas de Atención de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Salas, B. (2013). Proyecto de investigación: Representaciones sobre el rol profesional de graduados recientes de la carrera de psicología de la

UNLP: Su relación con la inserción y el desempeño laboral. *Orientación y sociedad*, 13.

Samaja, J. (2005). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba.

Santos-Sainz, M. (2013). Los imaginarios de los futuros periodistas en Francia. *Revista Latina de Comunicación Social*, 68,145-166.

Schejter, V.H. & Zappino, A. (2009).El análisis de las prácticas en la formación profesional. Acercamiento a una experiencia de investigación-intervención- docencia. *Questión. Revista especializada en Periodismo y Comunicación*, 23, 1-5.

Sluzki C. (2006). Recordatorio del Dr. Mauricio Goldenber (1916-2006). *Psicoanálisis, APDeBA*. 28(3), 473.

Sodré, M. (2009). Um imaginario ativo na cultura nacional (comunicação e cultura. Report) *Revista Famecos- Midia, Cultura e Tecnologia*, 40,23-27.

Sojo, A. & Uthoff, A. (2007). *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe: Los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*. México: FLACSO.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3) ,275-293.

Stolkiner, A. (2008). Sobre el artículo: Hacia la construcción de una política en Salud Mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2): 167-171.

Stolkiner, A. (2009). El sector salud en Argentina: ¿Qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? Conferencia presentada en XV Conference of international association of health

policy. XXVIII Annual meeting on public health services debate. Toledo, España.

Stolkiner, A. (2014). Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud en Argentina 2014-2017: Discursos, Prácticas, Actores y Subjetividad en los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657. Proyecto UBACYT 20020130100543BA.

Stolkiner, A. & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva. latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23:57-67

Subirats, J. (2012). (Dir.) *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Colección estudios sociales, 16.* Barcelona: Fundación la caixa.

Talak, A. M. (agosto, 2010). *Psicología, sociedad y Nación. Proyectos y usos de la primera psicología en la Argentina.* Conferencia pronunciada en el Panel: Nación Psi: Psicología, cultura y sociedad en Colombia". Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Terán, O. (1991). *Nuestros años sesenta. La formación de la nueva izquierda intelectual en la Argentina 1956-1966.* Buenos Aires: Puntosur editores.

Ternavasio, M. (2009). *Historia de la Argentina 1806-1852.* Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Testa, M. (2007). Decidir en salud: ¿quién, cómo y por qué? *Salud colectiva*, 3(3), 247-257.

- Théret, B. (2002). *Protection sociale et fédéralisme: l'Europe dans le miroir de l'Amérique du nord*. Bruxelles: P.I.E. – Peter Lang S. A. Presses Interuniversitaires Européennes.
- Titmuss, R. (1981). *Política Social*. Barcelona: Ariel.
- Tobar, F. (2002). ¿Cómo curar al sistema de salud argentino? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(4), 277-282.
- Toro, J., & Villegas, J. (Comps.) (2001). *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (Vol. 1). Buenos Aires: SIP.
- Ulloa, F. (2012). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Libros del zorzal
- Vainer, A. & Carpintero, E. (marzo, 2000). La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP). Ponencia presentada en el XVI Congreso Argentino de Psiquiatría. Mar del Plata, Argentina. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/la-historia-de-la-desaparecida-federaci%C3%B3n-argentina-de-psiquiatras-fap-0>
- Vainer, A. (2005). Los desaparecidos de la Salud Mental. En *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ´60 y ´70*. Conferencia pronunciada en la Universidad Autónoma de Entre Ríos en el marco de la Semana de la Memoria, Entre Ríos, Argentina.
- Vainer, A. (2014). Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización. Topia. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud-mental-reforma-psiqui%C3%A1trica-y-desmanicomializaci%C3%B3n>

- Varela, C. (agosto, 2010). La psicología institucional argentina. Orígenes y fundamentos. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Nacional y Primer Encuentro Internacional de Psicosociología Institucional, Universidad Nacional de Salta, Argentina. Recuperado de: <http://www.cristianvarela.com.ar/textos/a-institucional-argentina-origenes-fundamentos>
- Varela, C. (2015). *El Estado y las instituciones*. En Krieger, M. (Comp.), *Sociología de las organizaciones*. Buenos Aires: Errepar (en prensa).
- Vargas Umaña, I; Villegas del Carpio, O; Sánchez Monge, A. & Holthuis, K. (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. Modulo 2. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Varguillas, C. (2006). El uso del Atlas.ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido. *Revista de educación*, 12,73-87.
- Vázquez Ferrero, S. (2010). Presencia e impacto del psicoanálisis en asignaturas avanzadas de la Licenciatura en Psicología de la UNSL. *Revista Psiencia*, 2(1) ,55-59.
- Vázquez Ferrero, S. (2010b). Bibliografía referenciada en la Licenciatura en Psicología en la Universidad de San Luis según año de cursadas. *Diálogos. Revista científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Salud*, 1(2) ,87-96.
- Veloz, J. (2014). Reflexiones sobre las prácticas profesionales y las nuevas normativas en materia de niñez y adolescencia. En Pérez, E.A. (Comp.) *Psicología e Institución. Un campo de problemas* (pp.201-207). La Plata: edulp.

- Vezzetti, H. (1985). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Vezzetti, H. (1998). Las psicologías del fin de siglo a la luz de su historia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(1), 105-114.
- Vezzetti, H. (28 de septiembre de 2006). El desmanicomializador de Lanús. *Diario Página 12*. Sec. Psicología. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>
- Vignolo, J; Vacarezza, M; Álvarez, C. & A. Sosa. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna. Prensa Médica Latinoamericana*, 33(1), 11-14.
- Vilanova, A. (2003). *Discusión por la psicología*. Mar del Plata: UNMdP.
- Vilas, C. (2003). *Descentralización de políticas públicas: Argentina en la década 61 de 1990*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Villarroel, D. & De Armas, E. (2005). Desprecio por la política: aproximación a las representaciones sociales de estudiantes venezolanos. *Politeia*. 28(34-35), 11-18.
- Villegas, J. & Marassi, P. (2003). Acreditación de programas para la formación académica y profesional en la Psicología de Argentina, Brasil, Colombia y Chile: posibilidades y bases para un sistema internacional. En: J. Villegas; P. Marassi; & J. Toro (Comps.), *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (Vol. 3 pp. 25-29). Santiago de Chile: SIP.
- Villegas, J. Marassi, P. & Toro, J. (comps.). (2003a). *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (Vol. 3). Santiago de Chile: SIP.

Volnovich, J.C. (12 de abril de 2000). Cuando la campana de cristal comenzó a asfixiarnos. Treinta años después de la primera ruptura de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Diario Página. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/2000/suple/psico/00-03/00-03-23/psico02.htm>

Wilensky, H.L. & Lebaux, C.N. (1965). *Industrial Society and Social Welfare*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Yuni, J. & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Vol 1 y 2. Córdoba: Brujas.

Zaldúa, G. (2011). *Episteme y prácticas de Psicología Preventiva*. Buenos Aires: Eudeba.

Zaldúa, G. (2011a). Políticas sociales, ciudadanía y subjetividad. Consideraciones para una praxis crítica en salud mental. En Zaldúa, G. (Coord.). *Episteme y prácticas de Psicología Preventiva* (pp.43-80). Buenos Aires: Eudeba.

Zaldúa, G. (2016). *Intervenciones en psicología comunitaria: territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Teseo.

Fuentes

Asociación de Unidades Académicas de Psicología Título de Licenciado en Psicología o Psicólogo. (2007).

Asociación de Unidades Académicas de Psicología. Declaración de AUAPSI sobre Acreditación y Universidad Pública. (17 de agosto de 2011).

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. (1989). Código de ética. La Plata: Colegio de la Provincia de Buenos Aires.

Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. (1990). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Washington DC.: Organización de los Estados Americanos.

Consejo Federal de la Salud. (2004). Plan Federal de Salud (2004-2007). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Decreto 486/2002. Emergencia Sanitaria Nacional. Boletín Oficial de La Nación. 12 de Marzo de 2002.

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de la Plata. Informe de Autoevaluación de la Carrera de Psicología, UNLP, 2012. Recuperado de:http://www.psico.unlp.edu.ar/uploads/docs/dimension_1_contexto_institucional.pdf

Ley 20.748/1954. Ley Liotta: Sistema Integrado de Salud. Boletín Oficial de la Nación. 23 de Septiembre de 1974.

Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología. (1985). Boletín Oficial de la Nación 25.806. 27 septiembre de 1985.

Ley Nacional n° 17.132 de Reglas para el ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración de las mismas. Presidente de la Nación Argentina. Argentina. (24 de enero 1967). Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>

Ley Nacional n° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (Marzo, 2009). Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley Nacional n°24.521 de Educación Superior. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (Agosto, 1995). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>

Ley Nacional n° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (Diciembre, 2010). Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Provincial n° 10.306 Colegio de Psicólogos, Texto actualizado con las modificaciones introducidas por las leyes 10372, 10381,12008, 12320 y 14751. Recuperado de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10306.html>

Ley Provincial n° 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños (texto actualizado con las modificaciones introducidas por

Ley 13.634). Promulgación: Decreto 66/05. Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Argentina. (Marzo, 2007).

Recuperada de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-13298.html>

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

Nota dirigida al Señor Decano de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación Prof Rodolfo Agoglia, remitida por el Claustro y la Comisión Asesora, Departamento de Psicología. Humanidades y Ciencias de la Educación. Sugerencias y Aportes recibidos por la comisión asesora. 26/09/1969.

Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (OACDH). (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Ginebra: OACDH

Organización de los Estados Americanos (OEA). (2007). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. Estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos. (7 septiembre 2007). Recuperado de: <http://www.cidh.org/pdf%20files/ACCESO%20A%20LA%20JUSTICIA%20DESC.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009) Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. IESM-OMS Versión 2.1. Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud en Argentina. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1978). Declaración Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (6 de septiembre de 1978). Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1990). Declaración de Caracas: Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Washington. DC.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2005). Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos. Washington DC.: OPS

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2005b). Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Edición especial n°9 Washington. DC.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2009). Estrategia y Plan de acción sobre salud mental. Washigton DC.: OPS.

Resolución 136 de 2004 [Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología].
Declarase incluido en el régimen del artículo 43 de la Ley N° 24.521, al título de Licenciado en Psicología. 23 de febrero de 2004.

Resolución 2282/1954. Ley Carrillo. Ministerio de Salud de la Nación. 12 de Mayo de 1954.

Resolución 343 de 2009 [Ministerio de Educación]. Apruébense los contenidos curriculares básicos, la carga horaria, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras correspondientes a los títulos de Psicólogo y Licenciado en Psicología. 30 de septiembre de 2009.

Resolución 800 de 2011 [Ministerio de Educación]. Modificase la Resolución N° 343/09, relacionada con los contenidos curriculares básicos, la carga horaria, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras correspondientes a los títulos de Psicólogo y Licenciado en Psicología. 4 de mayo de 2011.

Resolución N° 1560. Expte. N°40.111/80 de 1 de septiembre de 1980.
Ministerios de Cultura y Educación.

Resolución N° 2447 de 1985 [Ministerio de Educación y Justicia de la Nación].
Por la cual se eleva una propuesta de incumbencias profesionales correspondientes a los títulos de Psicólogo y Licenciado en Psicología. 20 de septiembre de 1985.

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología. Licenciatura en Psicología. Plan de Estudios 1984.

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología. Licenciatura en Psicología. Plan de Estudios 1984 y sus modificaciones. Licenciatura en psicología. (Vigencia a partir del ciclo lectivo 2012)

Universidad Nacional de La Plata. Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Plan de Estudios-Carrera Psicología- 1970. (Aprobado por el señor Presidente de la Universidad, en uso de atribuciones conferidas por el artículo 172 del Estatuto, el 17/10/1969).

Universidad Nacional de La Plata. Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Plan de Estudios-Carrera Psicología- 1958. (Aprobado Res. H.C.Superior 2/12/1958).

Universidad Nacional de La Plata. Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Plan de Estudios-Carrera Psicología- 1960. (Aprobado Res. H.C.Superior 5/10/1960)

Universidad Nacional de La Plata. Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Plan de Estudios-Carrera Psicología- 1969. (Aprobado por la Presidencia de la Universidad 1/4/1969)

Universidad Nacional de La Plata. Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. (1969, Septiembre) Sugerencias y Aportes recibidos por la comisión asesora. Nota dirigida al Señor Decano de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación Prof Rodolfo Agoglia, remitida por el Claustro y la Comisión Asesora.

ANEXO

ANEXO I

ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS

A partir del análisis de contenido de los programas analíticos de las materias con el software ATLAS.Ti, se obtuvieron como resultado las tablas con las frecuencias absolutas presentadas en el capítulo correspondiente para cada uno de los conceptos de interés.

Para que los datos utilizados para los gráficos del capítulo sean comparables, se transformaron en las frecuencias relativas:

$$\textit{Frecuencia Relativa} = \frac{\textit{Frecuencia absoluta del concepto}}{\textit{Cantidad de palabras en el programa}}$$

Y luego en el porcentaje correspondiente:

$$\textit{Porcentaje del concepto en el programa} = \textit{Frecuencia relativa} * 100$$

A partir de la cual se obtienen las tablas correspondientes para los Conceptos Espontáneos (Tabla I) y Conceptos Intencionales (a partir de categorías construidas previamente y buscadas en el texto por las investigadoras) (Tabla II) para la construcción de los gráficos comparativos (2012 vs. 2016) presentados en el capítulo correspondiente.

Tabla I. Porcentaje de aparición de los conceptos espontáneos en el programa de la asignatura correspondiente

Conceptos	año	Fund_II	P_Ins	Ppato_II	Ppato_I	Exp	Pdiag	P_Educ	P_Prev	Pter_I	Pter_II	O_V	P_Cli_A	P_Cli_N	P_For	P_Lab
Clínica	2012	0,04791	0,07058	0,03942	0,47800	0,01617	0,29194	0,00526	0	0,10571	0,39718	0,04646	0,86296	0,61305	0,10904	0,02202
Freud	2012	0,05749	0	0,08672	0,69969	0	0,01684	0	0	0,90607	0	0,00774	0,20636	0,61305	0,07111	0,04403
Psicoanálisis	2012	0,05749	0,1147	0,07095	0,31174	0	0,17965	0	0,05513	0,43793	0,22696	0	0,40334	0,54093	0,06163	0,03303
Derecho	2012	0	0,12352	0,10248	0	0,04043	0	0,04731	0,01103	0	0,00811	0,00774	0	0	1,01455	0
Clínica	2016	0,05210	0,03074	0,2567	0,95264	0,01234	0,35697	0,00533	0,03413	0,05627	0,22301	0,04606	0,73798	0,59128	0,23916	0,02101
Freud	2016	0,06946	0	0,16163	1,78844	0	0,0121	0	0	0,61902	0	0,01151	0,14895	0,12565	0,16306	0
Psicoanálisis	2016	0,06078	0,02635	0,35178	0,64707	0,03702	0,13311	0	0,09102	0,31889	0,07938	0	0,2979	0,45085	0,14132	0
Derecho	2016	0	0,03953	0,01902	0,05392	0,03085	0	0,05859	0,1024	0	0,00378	0,01151	0	0	2,29373	0

Tabla II. Porcentaje de aparición de los conceptos intencionales en el programa de la asignatura correspondiente

Conceptos	año	Fund_II	P_Ins	Ppato_II	Ppato_I	Exp	Pdiag	P_Educ	P_Prev	Pter_I	Pter_II	O_V	P_Cli_A	P_Cli_N	P_For	P_Lab
Salud mental	2012	0,04791	0,16764	0,32322	0,17319	0	0,05053	0,05783	0,35285	0,0604	0,02432	0	0,04690	0,07212	0,32238	0,19815
Prevención	2012	0,03833	0,00882	0	0,00693	0	0,00561	0,03154	0,91521	0,0151	0,00811	0,14714	0,00938	0	0,13275	0,09908
Comunitario	2012	0,00958	0,16764	0,00788	0	0,01617	0	0,05257	0,41901	0	0,12969	0,03098	0,01876	0	0,12326	0,01101
Política pública	2012	0	0,02647	0,01577	0	0	0	0,02103	0,18745	0,0151	0,00811	0,03098	0	0	0,02845	0,07706
Interdisciplina	2012	0	0,00882	0,00788	0	0	0	0,02629	0,15437	0	0,04863	0,0697	0,01876	0	0,01422	0
Inclusión	2012	0,00958	0	0,00788	0	0	0	0,05783	0,03308	0	0,02432	0,05421	0,01876	0	0,00948	0,01101
Adicciones	2012	0	0	0	0	0	0,00561	0	0,02205	0	0,01621	0	0,01876	0,01202	0,05215	0
Sanitaria	2012	0	0	0	0	0	0	0	0,14335	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	2016	0,01737	0,10541	0,52291	0,84479	0	0,03025	0,02663	0,62578	0,0469	0,0189	0,02303	0,08802	0,02217	0,77182	0,14004
Prevención	2016	0,02605	0,00878	0,01902	0,01797	0	0	0,03729	1,1833	0,00938	0,00756	0,23028	0	0	0,31525	0,02801
Comunitario	2016	0,01737	0,08345	0,06655	0,02696	0,00617	0,00605	0,06925	0,59165	0	0,1134	0,05757	0,02031	0,02956	0,30438	0,014
Política pública	2016	0	0,03074	0	0,01797	0	0	0,01065	0,23894	0,00938	0,00378	0,03454	0,00677	0,05913	0,03261	0,014
Inclusión	2016	0,00868	0,00439	0	0,04494	0	0	0,11186	0,03413	0	0,00378	0,10363	0,02031	0,01478	0,05435	0
Interdisciplina	2016	0,00868	0	0	0,03595	0	0	0,02663	0,09102	0	0,00756	0,11514	0,01354	0	0,05435	0,09102
Adicciones	2016	0	0	0,01902	0,09886	0	0,00605	0,00533	0,1024	0,01876	0,01134	0	0,00677	0	0,15219	0
Sanitaria	2016	0	0	0	0	0	0	0	0,12516	0	0	0	0	0,00739	0	0

ANEXO I

CUESTIONARIO POLÍTICAS PÚBLICAS Y UNIVERSIDAD

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de la relación entre políticas públicas sociales, imaginarios estudiantiles y el rol profesional del psicólogo. Quisiéramos solicitar tu ayuda para que contestes algunas preguntas. No te llevará mucho tiempo y tus respuestas serán confidenciales y anónimas. Las personas que fueron seleccionadas para este estudio no se eligieron por su nombre sino al azar. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Consigna: Este cuestionario pretende profundizar acerca de la relación entre las políticas sociales y el ejercicio profesional de la Psicología en políticas públicas sociales.

A continuación presentamos una serie de consignas, te pedimos que las leas atentamente y respondas de la manera más honesta posible, las mismas tienen una intención exploratoria y no pretenden ser evaluativas, realmente nos interesa tu opinión.

A) EN UN MÁXIMO DE 5 (CINCO) REGLONES RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Qué son para vos las políticas públicas sociales?

.....
.....
.....
.....

2. 1 El campo de las políticas sociales está conformado por políticas, planes y programas en ejecución, con sus distintas articulaciones: nacionales, provinciales y municipales ¿Qué programas de políticas sociales conoces? Menciona los que conoces y de ser posible realiza una breve descripción.

.....
.....
.....
.....

2.2 ¿Qué programas de promoción de la salud mental conoces? Mencionalos y de ser posible realiza una breve descripción.

.....
.....
.....
.....

2.3 ¿Qué programas conoces en el área de niñez y adolescencia? Mencionalos y de ser posible realiza una breve descripción.

.....
.....
.....
.....

2.4 ¿Conoces algún programa en el área de género? ¿Cuáles? Mencionalos y realiza una breve descripción.

.....
.....
.....
.....
.....

3.1 ¿Te gustaría trabajar en algunos de estos programas, o en alguna de estas áreas?

¿En cuál? ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....

4.1 ¿Consideras que cuentas con los recursos técnicos necesarios para trabajar en el ámbito de las políticas públicas sociales?

SI ☐ NO ☐

(SI RESPONDISTE SI CONTINUAR, SINO PASA AL PUNTO 5.1)

4.2 ¿Cuáles? Enumera al menos cinco.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

4.3 ¿Consideras que estas herramientas te fueron brindadas en la formación académica?

SI ☐ NO ☐

4.4 ¿Qué asignaturas consideras que te habilitan para el trabajo en estos ámbitos?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

4.5 ¿En qué espacios por fuera de la formación académica consideras que has adquirido herramientas para el trabajo en políticas sociales?

.....
.....
.....
.....

5.1 ¿Consideras que un psicólogo puede participar en cualquiera de los siguientes ámbitos?:

- | | | | |
|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) | Área Clínica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b) | Área Educacional | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c) | Área Jurídico-Forense | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d) | Área Laboral-Organizacional | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| e) | Área Social-Comunitaria | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| f) | Área Sanitaria | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

5.3 ¿Consideras que desde tu formación de grado se abordan todas las áreas mencionadas anteriormente? ¿Consideras que es posible mejorar o profundizar el abordaje sobre alguna de las áreas o temáticas mencionadas?

.....
.....
.....
.....

5.4 ¿Sobre qué aspecto de tu formación realizarías alguna mejora?

.....
.....
.....
.....
.....

ALGUNOS DATOS PERSONALES.

Edad:..... Sexo:.....

Carrera/s que se encuentra cursando:.....

Año de ingreso:..... Año que se encuentra cursando:.....

¿Te gustaría continuar colaborando con este trabajo de investigación? De ser así te agradeceríamos que dejes escrito a continuación un e-mail y teléfono de contacto.

e- mail:.....

Teléfono:.....

Muchas gracias por tu colaboración.

ANEXO III

ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLE

La base de datos original de análisis consta de 125 (filas: encuestas) x 24 (columnas: protocolo + 23 variables categóricas). Cada columna corresponde a una de las categorías de respuesta en la encuesta (ver Anexo II). Se codificaron según el orden en que aparecía en la encuesta (Fig. 1 con la codificación a modo de ejemplo de las diez primeras encuestas). A partir de la misma se siguieron los pasos para realizar el análisis.

El Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM) permite la caracterización de un conjunto de observaciones mediante más de dos caracteres cualitativos multiestados, donde cada variable se desglosa en tantos niveles o modalidades presente con el objeto de detectar y representar estructuras subyacentes en el conjunto de datos bajo estudio. Una ventaja destacable de la técnica es la proyección gráfica simultánea de las variables y las poblaciones o individuos bajo estudio.

Esta metodología es una extensión del Análisis de Correspondencia Simple y para poder desarrollar este procedimiento sobre un mayor número de variables categóricas es necesario generar la tabla disyuntiva completa o Matriz de Burt (Tabla I). Se informan la contribución a la Chi-cuadrado por celda (Tabla II) resultado del ACM. Por último, como se trabajó solo con el plano principal se informan las contribuciones a la Chi-cuadrado de los ejes 1 y 2 (Tabla III) y las coordenadas filas de las distintas modalidades proyectadas en los mencionados ejes (Tabla IV).

Figura 1. Primeras diez encuestas a modo de ejemplo de la codificación utilizada para el ACM

Protocolo	P2a	P2b	P2c	P21	P22	P23	P24	P3	P41	P42	P43	P44	P45	P52	P53	edad	Sexo	carrera	ingreso	ano en curso	trabajo comunitario	cursos extracurriculares	administrado	
1	Finalistica_Relacional		Derecho	Nac	NO	Pub_Prog	Pub_Prog	Ni_Gen	NO		NO		Com_Curso_Otra	SI	Practicas_Contenidos	22 F	L	2010	4	SI		SI	2014	
2	Funcional		Derecho	Nac	NO	Pub_Hosp	Pub_Ins_Otros	Ni	NO		NO		AT	NO	Contenidos	26 F	L	2010	4	NO		SI	2014	
3	Instrumental	Focalizada	Riesgo	Nac	NO			Sal	NO		NO		Com	SI	Contenidos_Hegemonia	21 F	L	2010	4	SI		SI	2014	
4	Sectorial	Focalizada	Riesgo	Nac	NO	Pub_Centro_Hosp	Otro	Pub_Prog	Ni_Gen_Sal	NO			Com	SI	Hegemonia	23 F	L	2009	4	SI		SI	2014	
5	Sectorial	Universal	Ambos	NS		Pub_Leg_Centro_Hosp	Pub_Prog	Pub_Prog	Sal	NO		SI	Soc_Ins_Prev	Com_Otra	SI	Contenidos_Hegemonia	24 F	L	2008	4	SI		SI	2014
6	Finalistica			Nac_Mun	Otro	Otro	Pub_Prog	Ni_Gen_Sal	NO		NO		AT	NO	NO	23 F	L	2010	4	NO		NO	2014	
7	Instrumental				Pub_Centro		Pub_Prog_Otro	Ni_Gen	NO		NO		Com	AT	SI	NO	21 F	L	2011	4	SI		SI	2014
8	Instrumental	Focalizada	Riesgo	NS				Ni	NO		NO		Com	SI	Contenidos_Hegemonia	21 F	L	2011	4	SI		SI	2014	
9	Funcional	Focalizada	Riesgo	Nac	NO	Pub_Leg	Pub_Prog	Pub_Prog	Sal	NO			Cur	SI	Hegemonia	21 M	L	2011	4	SI		NO	2014	
10	Finalistica	Universal		Nac	NO	Pub_Leg	Pub_Leg	Ni	NO		SI	Soc_Ins	Otro	SI	NO	21 F	L	2011	4	SI		NO	2014	

Tabla 1. Matriz de Burt

[illegible]

Tabla II. Contribuciones por celda al estadístico chi-cuadrado

	N_P_N	NS	N_M	NR	M	otro	N_P	N_P	TS	P	NO	H	C_H	L_C	Otro1	C	NR1	L	H_P	L_P	L_Otr	P_Otr	L_H	P1	P_H	NO1	SI	NR2	SI1	NO2	NR3	4	5	6	SI2	NO3	SI3	NO4	NO5	SI4	NR4	Total						
N_P_T	115	1,4	0,2	0,07	0,69	0,07	0,15	0,2	0,07	0,07	0,05	0,11	0,07	0,02	0,02	0,32	11,5	0,82	0,16	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,02	0,1	0,79	0,02	0	0,22	0,1	0,2	0,15	0,47	0,76	0,4	0	0	0	0,13	0,52	135					
N	1,36	36	3,2	1,36	12,7	1,36	2,73	3,64	1,36	1,36	0,91	1,11	1,96	0,65	0,45	0,62	1,36	0,6	0,61	0,45	0,45	0,65	0,45	0,45	0,03	0,45	0,1	0,39	0,45	0	0	0,37	0,9	0,03	5,1	0,2	0,1	0	0	0	0,6	0,58	0,25	85,5				
NS	0,17	3,2	107	0,17	1,62	0,17	0,35	0,46	0,17	0,17	0,12	1,04	0,17	0,06	15,3	0,75	0,17	0	0,2	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,29	0,06	0,2	0,98	0,06	0,1	0,52	0,23	0,4	0,35	1,1	0,83	0,5	0,1	0	0	0	0,09	0,04	138				
N_M	0,07	1,4	0,2	115	0,69	0,07	0,15	0,2	0,07	0,07	0,05	0,11	0,07	0,02	0,02	1,42	0,07	0,04	0,67	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,02	0,1	0,79	0,02	0,2	2,7	0,1	0,1	0,15	0,59	0,01	0	1	0,5	0,4	2,46	0,52	130					
NR	0,69	13	1,6	0,69	71,5	0,69	1,39	1,85	0,69	0,69	0,46	3,31	0,69	0,23	0,23	0,34	0,13	9,16	0,01	0,23	0,23	0,23	0,23	2,55	1,16	0,23	0	0	0,23	0,2	1,77	0,01	1,2	0,11	7,14	0,14	0,1	0,2	0,1	0,4	0,34	3,53	127					
M	0,07	1,4	0,2	0,07	0,69	115	0,15	0,2	0,07	0,07	0,05	0,72	0,07	0,02	0,02	0,32	11,5	0,82	0,67	38,4	38,4	0,02	0,02	0,02	0,12	0,02	0,1	0,79	0,02	0	0,22	0,1	0,2	0,15	0,47	0,76	0,4	1	0,5	0	0,13	0,52	215					
otro	0,15	2,7	0,4	0,15	1,39	0,15	109	0,4	0,15	0,15	0,1	0,13	0,15	0,05	0,05	2,85	0,15	0,25	0,09	0,05	0,05	0,05	18,2	0,05	0,25	0,05	0,2	0,03	18,2	0	0,45	3,24	0,1	1,66	0	0,64	0,4	0,5	0,3	0,1	0,27	0	164					
N_P	0,2	3,6	0,5	0,2	1,85	0,2	0,4	106	0,2	0,2	0,13	0	0,2	0,07	0,07	1,51	0,2	0,64	1,79	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	8,43	13,2	0,1	0,68	0,07	0	0,6	2,05	0,9	0,4	5,99	0	0	0	0	0	0,39	0,27	151					
N_P_M	0,07	1,4	0,2	0,07	0,69	0,07	0,15	0,2	115	0,07	0,05	2,28	0,07	0,02	0,02	0,32	0,07	0,82	0,67	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	6,19	0,02	0,1	0,42	0,02	0	0,22	0,1	0,1	0,15	0,59	0,01	0	1	0,5	0,8	0,69	0,52	134					
TS	0,07	1,4	0,2	0,07	0,69	0,07	0,15	0,2	0,07	115	0,05	0,72	0,07	0,02	0,02	1,42	0,07	0,82	2,64	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,02	0,1	0,42	0,02	0	0,22	0,1	0,1	4,87	0,47	0,76	0,4	0	0	0,4	2,46	0,52	135					
P	0,05	0,9	0,1	0,05	0,46	0,05	0,1	0,13	0,05	0,05	117	0,48	0,05	0,02	0,02	2,87	0,05	0,55	0,69	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,08	0,02	0,3	1,84	0,02	0	0,15	0,07	0,1	0,1	0,31	0,1	0,1	0,2	0,1	1,2	5,11	0,35	134					
NO	0,11	1,1	1	0,11	3,31	0,72	0,13	0	2,28	0,72	0,48	70	0,72	0,24	0,24	3,12	0,72	7,91	6,47	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	1,2	0,24	0,2	2,32	2,41	0	0,01	1,13	1,6	1,44	4,55	0,61	0,4	0,1	0	0	0,44	0,19	117					
H	0,07	2	0,2	0,07	0,69	0,07	0,15	0,2	0,07	0,07	0,05	0,72	115	0,02	0,02	0,32	0,07	0,82	0,67	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,02	0,1	0,42	0,02	1,1	14,2	0,1	0,2	0,15	0,47	0,01	0	0	0	0,8	0,69	0,52	140					
C_H	0,02	0,7	0,1	0,02	0,23	0,02	0,05	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	119	0,01	0,1	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0	0,14	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	1,11	0,6	1,3	0,7	0,6	2,55	0,17	129
L_C_H	0,02	0,5	15	0,02	0,23	0,02	0,05	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	119	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0	0,14	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	1,11	0,6	1,3	0,7	0,6	2,55	0,17	144					
Otro	0,32	0,6	0,8	1,42	0,34	0,32	2,85	1,51	0,32	1,42	2,87	3,12	0,32	0,11	0,11	96,4	0,32	3,55	2,9	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,54	0,11	0,1	0,75	0,11	0	0	0,43	0,5	8,61	0	0,34	0,2	0,5	0,2	0,1	0	0,25	133					
C	11,5	1,4	0,2	0,07	0,13	11,5	0,15	0,2	0,07	0,07	0,05	0,72	0,07	0,02	0,02	0,32	115	0,82	0,67	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,02	0,1	0,79	0,02	0	0,22	0,1	0,2	0,15	0,47	0,76	0,4	1	0,5	0	0,13	0,52	149					
NR	0,82	0,6	0	0,04	9,16	0,82	0,25	0,64	0,82	0,82	0,55	7,91	0,82	0,27	0,27	3,55	0,82	64	7,36	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	1,36	0,27	0,3	2,44	0,27	0	0,12	0,01	3,2	0,08	15	1,33	0,8	0,1	0	0,3	2,81	0,9	130					
L	0,16	0,6	0,2	0,67	0,01	0,67	0,09	1,79	0,67	2,64	0,69	6,47	0,67	0,22	0,22	2,9	0,67	7,36	73	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	1,12	0,22	0,2	0,51	0,89	1,5	1,34	4,24	0,14	0,1	0	0	0	0,3	3,61	1,54	118							
H_P	0,02	0,5	0,1	0,02	0,23	38,4	0,05	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	119	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0	0,14	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	1,11	0,6	0,3	0,2	0,3	0,23	0,17	163					
L_P	0,02	0,5	0,1	0,02	0,23	38,4	0,05	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	119	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0,9	5,26	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	1,11	0,6	1,3	0,7	0,3	0,23	0,17	170					
L_Otro	0,02	0,7	0,1	0,02	0,23	0,02	0,05	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	119	0,01	0,01	0,04	0,01	0	0,14	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	0,36	0,2	0,3	0,2	0,3	0,23	0,17	124					
P_Otro	0,02	0,5	0,1	0,02	0,23	0,02	18,2	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	0,01	119	0,01	0,04	0,01	0	0,14	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	0,36	0,2	1,3	0,7	0,3	0,23	0,17	143					
L_H	0,02	0,5	0,1	0,02	2,55	0,02	0,05	0,07	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	0,01	119	0,04	0,01	0	0,14	0,01	0	0,07	0,03	0,1	0,05	0,16	1,11	0,6	0,3	0,2	0,6	2,55	0,17	129						
P	0,12	0	0,3	0,12	1,16	0,12	0,25	8,43	6,19	0,12	0,08	1,2	0,12	0,04	0,04	0,54	0,12	1,36	1,12	0,04	0,04	0,04	0,04	111	0,04	0	0,13	0,04	0,1	0,37	0,17	1	2,28	1,88	0,77	0,4	0,3	0,2	1,3	0,61	1,48	144						
P_H	0,02	0,5	0,1	0,02	0,23	0,02	0,05	13,2	0,02	0,02	0,02	0,24	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	119	0	0,14	0,01	0,9	0,07	28,3	0,8	0,05	4,53	0,36	0,2	0,3	0,2	0,3	0,23	0,17	171						
NO	0,12	0,1	0,2	0,12	0	0,12	0,24	0,1	0,08	0,08	0,29	0,22	0,08	0,03	0,03	0,1	0,12	0,34	0,18	0,03	0,85	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	2,7	14,5	0,85	0	0,01	0,05	0,2	0,16	1,65	0,01	0	0	0	0	0	0,07	23,8					
SI	0,79	0,4	1	0,79	0	0,79	0,03	0,68	0,42	0,42	1,84	2,32	0,42	0,14	0,14	0,75	0,79	2,44	0,85	0,14	5,26	0,14	0,14	0,14	0,13	0,14	14	89,4	0,14	0,1	0,06	0,56	1,5	0,84	10,6	0,01	0	0,3	0,1	0,4	0	1,29	141					
NR	0,02	0,5	0,1	0,02	0,23	0,02	18,2	0,07	0,02	0,02	0,02	2,41	0,02	0,01	0,01	0,11	0,02	0,27	0,22	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0,9	0,14	119	0,9	0,07	28,3	0,1	0,05	0,16	0,36	0,2	0,3	0,2	0,6	0,23	3,94	178						
SI	0,04	0	0,1	0,17	0,16	0,04	0,02	0	0,04	0,04	0,03	0,03	1,05	0,01	0,01	0,04	0,01	0,15	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,06	0,89	0	0,05	0,89	1,4	8,03	3,57	0	0,08	0,23	0,57	0,3	0,1	0	0	0,04	0,03	18,3						
NO	0,22	0	0,5	2,7	1,77	0,22	0,45	0,6	0,22	0,22	0,15	0,01	14,2	0,07	0,07	0	0,22	0,12	0,51	0,07	0,07	0,07	0,07	0,37	0,07	0	0,06	0,07	8	104	0,3	0,2	0,45	1,78	3,27	1,9	0	0	0,1	0	0,2	143						
NR	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	3,24	2,05	0,1	0,1	0,07	1,13	0,1	0,03	0,03	0,43	0,1	0,01	0,89	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,17	28,3	0,1	0,56	28,3	3,6	0,3	113																	

Tabla III. Contribución a la Chi cuadrado

Eje	Autovalor	Inercias	Chi-Cuadrado	(%)	% acumulado
1	0,54	0,29	368,96	6,90	6,90
2	0,51	0,26	329,31	6,16	13,07

Tabla IV. Coordenadas fila

	Eje 1	Eje 2
N_P_TS	-1,22	0,3
N	-0,15	-0,38
NS	-0,68	-0,66
N_M	0,01	0,79
NR	0,51	0,53
M	-2,6	2,87
otro	1,05	-0,93
N_P	1,13	0,77
N_P_M	0,02	0,17
TS	-0,97	-0,79
P	-1,11	0,02
NO	0,03	-0,7
H	-0,01	-0,37
C_H	-1,77	-0,53
L_C_H	-2,16	-0,78
Otro	0,17	0,03
C	-1,65	1,5
NR	0,64	0,7
L	-0,58	-0,48
H_P	-2,57	2,38
L_P	-2,91	4,35
L_Otro	0,01	-0,79
P_Otro	0,42	-0,81
L_H	-0,79	-0,17
P	0,41	0,42
P_H	4,27	0,88
NO	-0,06	-0,2
SI	0,14	1,43
NR	3,67	-3,34
SI	-0,16	0,01
NO	0,64	0,33
NR	2,84	-1,05
4	-0,26	-0,26
5	0,42	-0,51
6	1,19	1,48
SI	-0,66	0,14
NO	0,38	-0,08
SI	-0,43	0,35
NO	0,22	-0,18
NO	0,05	0,22
SI	-0,66	-0,23
NR	0,7	-0,46

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o participante:

Estamos realizando una investigación avalada por la Universidad Nacional de La Plata, y el CONICET, con el propósito conocer la relación entre políticas públicas sociales, los imaginarios estudiantiles y el rol profesional del psicólogo. Su colaboración en el estudio consistirá en participar en un grupo de discusión o taller de técnicas psicodramáticas, actividad que tomará entre 50 y 90 minutos. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada mediante su participación será estricta y exclusiva para nuestro trabajo de investigación, y sólo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

En caso de tener alguna consulta o sugerencia, no dude en comunicarse con nosotras:

Psic. Edith Alba Pérez
(UNLP)
Fac. de Psicología UNLP
Calle 51 entre 122 y 123 Ensenada
Tel. 0221-4824415
perezruizmoreno@yahoo.com.ar

Lic. Agustina M.E D'Agostino
(CONICET- UNLP)
Fac. de Psicología UNLP
Calle 51 entre 122 y 123 Ensenada
Tel. 0221-4824415
dagostinoag@gmail.com

Expreso mi voluntad y consentimiento de participar en el estudio.

No deseo participar del estudio.

Firma: _____